

**OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**  
**OPĆA BOLNICA PULA** U DRUGOM MJESTU  
 Djelatnost za radiologiju

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana

26.09.2020 bila u  
 OP POREČ

Šifra zdrav. ustan. ili ordinacije priv.prakse, ordinacije opće prakse, isporučitelja pomagala i mjesta pružanja zdravstvene zaštite  
 ili isporučitelja pomagala na **OP POREČ** na **OPĆA BOLNICA PULA** Djelatnost za radiologiju  
 M.P. **OPĆA BOLNICA PULA** Djelatnost za radiologiju  
 Šifra doktora medicine ili ugovornog isporučitelja **OPĆA BOLNICA PULA**

Broj dnevnika

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RUI/PS

Broj evidencije

**OBRAČUN TROŠKOVA PRJJEVOZA**

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa

u \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povratak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa

u \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povratak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

(slovima) \_\_\_\_\_ Za isplatu IZNOS \_\_\_\_\_ kn

u \_\_\_\_\_ Kontrolirao \_\_\_\_\_

Obracunao \_\_\_\_\_

ZAHTEJEV ZA ISPLATU

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na:

tekući račun

kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa

**Tanja Wiése**

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa

**141451741**

Broj tekućeg računa

**3245638194**

otvorenog kod

**Zarebakić baka**

IBAN HR6623600003245638194

**Tanja Wiése**

Potpis osigurane osobe

Zahjevu prilažem:

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)

2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

Regionalni ured

Rijeka

MNO 141451741

OIB 67150311228

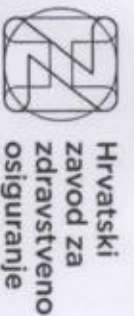
Ime i prezime JANJA WIESE

Datum rođenja 10.10.1952

Grad/naselje POREČ, ANKE BUTORAC 1  
 ulica i broj

Područna služba

Pazin



Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv.

9 0 0 0 0 2 6 4 6

Šifra ugovornog doktora

7 8 0 6 2 4 8

Šifra doktora specialiste

Kat. osig. H Spol. Ž D/Ž. osig. DEU

Broj bolni. lista (MO, broj putovnice, europska karta ZD) 00416

OR PB

PN TJO

Broj evidencije prijave ozljedebolesti

Evidencijski broj priznate ozljedebolesti

**PUTNI NALOG**

**ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u **OPĆA BOLNICA PULA, PULA - CT - kompjuterizirana tomografija**

Naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto\*

Šifra djelatnosti

**A3** **2500300**

Konzilijarna zdravstvena zaštita

Bolničko liječenje

Šifra djelatnosti

Šifra djelatnosti

Specialistička zdravstvena zaštita

Ambulantno liječenje

Šifra djelatnosti

Šifra dg. prema MKB **Z03.9**

Vrsta prijevoznog sredstva\*\*

Pratitelj\*\*\* NIJE potreban zbog pratnja nije potrebna

POREČ, 29.06.2020

M.P.

Potpis doktora medicine

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

\* obvezan podatak  
 \*\* navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RUI/PS Zavoda  
 \*\*\* upisati JE ili NIJE

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarenja zdr. zaštite vrijedi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).



**Dr. med. Biserka Mijač**