

Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlasti zdravstvenih djelatnika za dostavu PZZ/SKZZ računa i izvještaja



ŠIFRA ZDRAVSTVENE USTANOVE
(upisati)

NAZIV I ADRESA (ulica i kućni broj) ZDRAVSTVENE USTANOVE (upisati)

ŠIFRA, NAZIV I ADRESA ORDINACIJE (upisati)

IME I PREZIME DJELATNIKA (upisati)	ŠIFRA ZDRAVSTVENOG DJELATNIKA (upisati)	MBO ZDRAVSTVENOG DJELATNIKA (upisati)	VRSTA KORISNIKA OVLAŠTENE OSOBE (odabrati)	ZAHTEJ ZA OVLAŠTENJA (odabrati)

U _____, dana _____

M.P.

(Potpis ovlaštene osobe za zastupanje ugovorne zdravstvene zaštite)