

**POTVRDA
O POTREBI NABAVKE NAOČARA**

Zdravstvena ustanova: _____

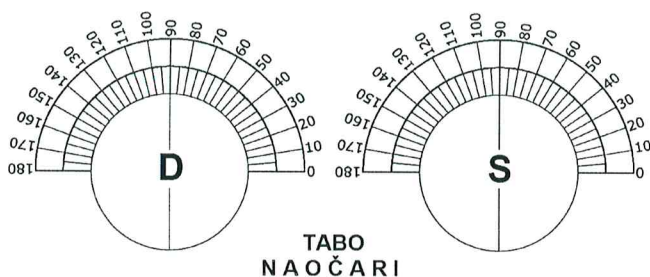
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Broj protokola: _____ (šifra ovlaštenog doktora)

Osigurano lice: _____, spol _____, JMBG _____
(prezime, ime oca, ime)

(adresa prebivališta) (mjesto) (općina)

Broj zdravstvene legitimacije _____, obveznik uplate doprinosa _____
Dijagnoza _____, šifra bolesti po MKB _____
Ovlašteni doktor utvrdio je potrebu za: Izradu Nabavku Šifra pomagala _____ količina _____
Naziv pomagala _____



Oznaka	Cyl		
Blizina			
Daljina			

Oblik stakla		
Boja i vrsta stakla		
Udaljenost stakla od rožnjače		

U _____, dana _____/20____, godine

M.P. _____
(Pečat i potpis ovlaštenog doktora)

**KANTONALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
BOSANSKO-PODRINJSKOG KANTONA GORAŽDE**
POSLOVNICA: _____

Broj protokola: _____
Datum: _____

Na osnovu člana _____ tačke _____ Odluke o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, utvrđeno je pravo osiguranog lica na: _____ uz učešće Zavoda u iznosu do _____ KM.
(naziv ortopedskog pomagala) (ispisati brojevima)

M.P. _____
(Ovlašteno lice Zavoda)

USTANOVA ZA IZRADU/NABAVKU POMAGALA: _____
Adresa ustanove: _____ ID broj: _____
Naziv banke: _____ Broj žiro računa: _____

R/B	Naziv pomagala	Količina	Jedinična cijena u KM sa PDV-om	Ukupan iznos u KM sa PDV-om	Iznos učešća Zavoda	Iznos učešća osiguranog lica u KM
1.						

U _____, dana _____/20____, godine

M.P. _____
(Ime, prezime i potpis odgovornog lica)

IZJAVA OSIGURANOG/DRUGOG OVLAŠTENOG LICA KOME JE POMAGALO URUČENO

Potvrđujem prijem pomagala: _____
(naziv ortopedskog pomagala i količina)

U _____, dana _____/20____, godine _____
(ime, prezime i potpis primatelja pomagala)

Napomena: Ova Potvrda važi 30 dana od dana uručivanja osiguranom licu. Plaćanje 60 dana od dana prijema računa. Za maloljetne osobe koje ne posjeduju ličnu kartu, preuzima roditelj ili staratelj.