

IZDANO U KVARTALU : _____

RECEPTI jednostrani PLAVI: _____

RECEPTI jednostrani CRVENI: _____

RECEPTI samokop.PLAVI: _____

RECEPTI samokop.CRVENI: _____

UPUTNICE _____

SANITETSKI PRIJEVOZ _____

HEMODIJALIZA _____

IZDAO: _____

U Zagrebu,

Preuzeo:

POTPIS I FAKSIMIL

Ugovorni doktor (nositelj tima-ime i prezime) _____

Šifra doktora (nositelja tima) _____

ZAMJENA (ime i prezime doktora) _____

Z A H T J E V Z A D O D A T N U K O L I Č I N U

za kvartal : _____

RECEPTI jednostrani	Plavi: broj blokova /listića :
	Crveni: broj blokova /listića :

RECEPTI samokopirajući	Plavi: broj blokova /listića :
	Crveni: broj blokova /listića :

UPUTNICE	broj blokova/listića :
-----------------	------------------------

SANITETSKI PRIJEVOZ	komada :
----------------------------	----------

HEMODIJALIZA	komada :
---------------------	----------

Obrazloženje zahtjeva:

U _____, dne _____ 20_____

POTPIS I FAKSIMIL