

**Образац РП**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(издавалац рачуна)

(број картона/протокола  
/историје болести)

\_\_\_\_\_

(место и датум)

**РАЧУН**  
о наплаћеној партиципацији

Бр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Осигураном лицу \_\_\_\_\_

(име и презиме)

из \_\_\_\_\_

(место)

број исправе о здравственом осигурању/ потврде-ПЗК \_\_\_\_\_,  
на име партиципације за

\_\_\_\_\_

(назив здравствене услуге, медицинско - техничког помагала,  
имплантата или другог вида здравствене заштите)

наплаћено је \_\_\_\_\_ дин. (словима: \_\_\_\_\_).

М. П.

\_\_\_\_\_

(потпис лица које је издало рачун)

51016.26/50