

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)

51018.10/52