

**Образац РП**

\_\_\_\_\_

(издавалац рачуна)  
\_\_\_\_\_  
(место и датум)

\_\_\_\_\_

(број картона/протокола  
/историје болести)

**РАЧУН**  
о наплаћеној партиципацији

Бр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Осигураном лицу \_\_\_\_\_  
(име и презиме)

из \_\_\_\_\_, број здравствене  
(место)

књижице/потврде \_\_\_\_\_, 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)

51015.32/55