

Образац РП

_____ (издавалац рачуна)

_____ (број картона/протокола
/историје болести)

_____ (место и датум)

РАЧУН

о наплаћеној партиципацији

Бр _____ / _____

Осигураном лицу _____ из _____
(име и презиме) (место)

_____, ЛБО [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |] , број здравствене
(адреса)

књижице/потврде _____, на име партиципације за

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

наплаћено је _____ дин. (словима: _____),

на основу члана _____ тачка _____ Правилника о садржају
и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и
о партиципацији за _____ годину

М П

_____ (потпис лица које је издало рачун)