

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)