Образац РП

_____
(издавалац рачуна)

_____
(место и датум)

_____
(број картона/протокола
/историје болести)

Р АЧ У Н

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)