

Ugovorni doktor (nositelj tima-ime i prezime) \_\_\_\_\_

Šifra doktora (nositelja tima) \_\_\_\_\_

ZAMJENA (ime i prezime doktora) \_\_\_\_\_

### Z A H T J E V Z A D O D A T N U K O L I Č I N U

za kvartal :

RECEPTI <b>jednostrani</b>	Plavi: broj blokova /listića :
	Crveni: broj blokova /listića :

RECEPTI <b>samokopirajući</b>	Plavi: broj blokova /listića :
	Crveni: broj blokova /listića :

UPUTNICE	broj blokova/listića :
----------	------------------------

SANITETSKI PRIJEVOZ	komada :
---------------------	----------

HEMODIJALIZA	komada :
--------------	----------

UPLATNICE za sudjelovanje	komada :
------------------------------	----------

Obrazloženje zahtjeva:

U \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_ 20

\_\_\_\_\_  
POTPIS I FAKSIMIL

IZDANO U KVARTALU : \_\_\_\_\_

RECEPTI jednostrani **PLAVI**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECEPTI jednostrani **CRVENI**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECEPTI samokop. **PLAVI**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECEPTI samokop. **CRVENI**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UPUTNICE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**UPLATNICE** za sudjelovanje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SANITETSKI PRIJEVOZ** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HEMODIJALIZA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IZDAO:** \_\_\_\_\_

Preuzeo:

U Zagrebu,

\_\_\_\_\_  
**POTPIS I FAKSIMIL**