

**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)

51016.26/50