OBRAZAC 2

Linija isjecanja

A

ŠIFRA I NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE PRIMARNOG NIVOA

SERIJSKI BROJ RECEPTA

JEDINSTVENI MATIČNI BROJ

DIJAGNOZA

INDIKAC.

PREZIME I IME OSIGURANOG LICA

PARTIC.

OSN. OSL. OD PART.

ADRESA

DOKTOR ZU PRIM.NIVOA

ZU BOLN./KSZ ZDR. ZAŠTITE

POPUNJAVA ZDRAVSTVENA USTANOVA

APOTEKA

LIJEK

KOLIČINA

IZNOS

POPUNJAVA APOTEKA

RP

DATUM PROPISIVANJA LIJEKA

DATUM IZDAVANJA LIJEKA

M.P. ZU PRIM. NIVOA

M.P. APOTEKE

FAKSIMIL/POTPIS DOKTORA

FAKSIMIL/POTPIS FARMACEUTA

Linija isjecanja

Linija isjecanja

Linija isjecanja