

UPITNIK ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA O ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Šifra ustanove¹: _____

Naziv zdravstvene ustanove: _____

Skraćeni naziv: _____

PIB²: _____

Opština: _____

Mjesto: _____

Adresa: _____

Telefon: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Web adresa: _____

Rukovodilac: _____

Datum ugovora³: _____ Datum odjave⁴: _____

Kontakt osoba: _____

Datum popunjavanja podataka: _____

(M.P.)

(Rukovodilac ustanove)

¹ Šifru ustanove određuje Fond za zdravstveno osiguranje (ostaviti prazno pri prvoj registraciji)

² Poreski identifikacioni broj (određuje direkcija javnih prihoda)

³ Datum ugovora o pružanju usluga zaključen između Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvene ustanove

⁴ Datum odjave ugovora zaključenog između Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvene ustanove

Unos broja telefona i e-mail adrese je obavežno