
Ime i prezime

Broj osigurane osobe

Adresa stanovanja

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

PU _____

(Prema mjestu stanovanja)

Z A M O L B A

Za odobravanjem liječenja lijekom _____

Molimo Vas da mi odobrite liječenje lijekom _____
na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Unaprijed zahvaljujem.

Vlastoručni potpis

Prilog:

1. Suglasnost bolničkog povjerenstva za lijekove
2. Medicinska dokumentacija

U _____ , _____ 20 ____