

MESEČNA ZBIRNA NAROČILNICA zap. št.:.....mesec:.....leto:.....

On-line številka naročilnice

Obr. NAR-3/04

1-SOCIALNI ALI DRUG ZAVOD

 (Naziv in naslov socialnega ali drugega zavoda)

2-IZVAJALEC

Šifra zdr. dejavnosti:

Št. izvajalca:

3-ZDRAVNIK

Šifra zdravnika:

Priimek in ime ali žig zdravnika:

4-ZAVAROVALNICA ZA DOPLACILA

PZZ zavarovalnica (ustrezno označi):

02 - Adriatic

03 - Vzajemna

04 - Triglav

06 - ZZS - proračun RS

5-NAROČILO

Št. II. MP za lahko inkontinenco

1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZS št.	Razlog obravnave	Način doplačila	Število kosov
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP			Šifra vrste	Število kosov
2						
3						
4						

Št. VII. MP za srednjo inkontinenco - zbirna naročilnica

1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZS št.	Razlog obravnave	Način doplačila	Število kosov na dan	Obdobje
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP			Šifra vrste	Število kosov	
2							
3							
4							

Št. VIII. MP za težko inkontinenco - zbirna naročilnica

1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZS št.	Razlog obravnave	Način doplačila	Število kosov na dan	Obdobje
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP			Šifra vrste	Število kosov	
2							
3							
4							

Št. IX. MP za zelo težko inkontinenco - zbirna naročilnica

1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZS št.	Razlog obravnave	Način doplačila	Število kosov na dan	Obdobje
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP			Šifra vrste	Število kosov	
2							
3							
4							

Št. X. Otroške plenice - zbirna naročilnica

1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZS št.	Razlog obravnave	Način doplačila	Število kosov na dan	Obdobje
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP			Šifra vrste	Število kosov	
2							
3							
4							

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za naročanje:

Datum naročila:

6-PREVZEM

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za prevzem naročene količine:

Datum prevzema: