

**POTVRDA
o boravku roditelja uz
dijete na bolničkom liječenju**

.....
naziv bolničke zdravstvene ustanove

Potvrđujem da je

.....
ime i prezime roditelja

boravio uz dijete

.....
ime i prezime djeteta

od 201... g do 201... g.

koje se liječi na

.....
naziv organizacijske jedinice bolnice u kojoj se dijete liječi

i zbog nedostatka smještajnih kapaciteta u bolnici roditelj je koristio drugi smještaj izvan bolničke zdravstvene ustanove.

M.P.

Faksimil i potpis voditelja organizacijske jedinice bolnice

**ZAHTJEV za povrat naknade
za smještaj izvan bolnice ***

Broj osigurane
osobe

OIB

Ime i prezime roditelja

Adresa prebivališta

.....
Grad/naselje

.....
Ulica i broj

Naziv BANKE

Broj tekućeg računa BANKE

.....
Potpis roditelja

*Osnovom Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja