



Klasa: \_\_\_\_\_

Ur.broj: \_\_\_\_\_

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Ime i prezime odgovorne osobe: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Članski broj: HR \_\_\_\_\_ (ako je odgovorna osoba član HLK)

Adresa: \_\_\_\_\_

Adresa elektroničke pošte (e-mail): \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_ Broj mobitela: \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV  
ZA OVJERU CJENIKA ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

**Molim naslov da ovjeri cjenik zdravstvenih usluga.**

\_\_\_\_\_  
*(naziv zdravstvene ustanove, ordinacije, privatne ordinacije, trgovačkog društva)*

\_\_\_\_\_  
*(adresa zdravstvene ustanove, ordinacije, privatne ordinacije, trgovačkog društva)*

\_\_\_\_\_  
*(OIB zdravstvene ustanove, ordinacije, privatne ordinacije, trgovačkog društva)*

---

**Zahtjevu prilažem:**

Cjenik zdravstvenih usluga

Potvrdu uplate troškova

**Zahtjev pokrećem zbog:**

Otvaranja zdravstvene ustanove, ordinacije, privatne zdravstvene ordinacije

Proširenje usluge uvođenjem novih zdravstvenih usluga

Promijene cijene zdravstvenih usluga

---

*(potpis podnositelja zahtjeva)*

---

*(potpis autoriziranog djelatnika HLK)*