



**Podaci o podnosiocu zahtjeva:**

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

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

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

**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

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

**Zahtjevu prilažem:**

1. Cjenik zdravstvenih usluga
2. Potvrdu uplate troškova

**Zahtjev pokrećem zbog:**

1. Otvaranja privatne prakse, zdravstvene ustanove, ordinacije, trgovačkog društva
2. Proširenje usluge uvođenjem novih zdravstvenih usluga u cjenik
3. Promjene cijene zdravstvenih usluga

\_\_\_\_\_ *(potpis podnosioca zahtjeva)*