

**Образац РП**

\_\_\_\_\_

(издавалац рачуна)

\_\_\_\_\_

број картона/протокола  
/историје болести

\_\_\_\_\_

(место и датум)

**РАЧУН**  
о наплаћеној партиципацији

Бр. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Осигураном лицу \_\_\_\_\_

(име и презиме)

из \_\_\_\_\_

(место)

број исправе о осигурању \_\_\_\_\_, на име партиципације за

\_\_\_\_\_

(назив здравствене услуге, медицинско - техничког помагала,  
имплантата или другог вида здравствене заштите)

наплаћено је \_\_\_\_\_ дин. (словима: \_\_\_\_\_).

М. П.

\_\_\_\_\_

(потпис лица које је издало рачун)