
Naziv zdravstvene ustanove

SPISAK

osiguranih lica kojima se pruža hemodijaliza za mjesec _____ 20__ godine

Red. br.	Ime i prezime	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Ukupno	Potpis pacijenta	

Pečat zdravstvene ustanove

Potpis ovlaštenog lica
