

**MESEČNA ZBIRNA NAROČILNICA št. ....**

**Številka .....**

Obr. NAR-3/03

**2-SOCIALNI ALI DRUG ZAVOD**  
 .....  
 .....  
 .....  
 (naziv in naslov socialnega ali drugega zavoda)

**1-OBDOBJE**  
**ZA obdobje od .....do.....**  
**3-ZZZS ENOTA**  
 ZZZS OBMOČNA ENOTA: .....  
 ZZZS Izpostava: .....  
 Šifra izpostave: .....

**4-ZAVAROVALNICA ZA DOPLAČILA**  
 PZZ zavarovalnica (ustrezno označi):  
 02- Adriatic  
 03- Vzajemna  
 04- Triglav  
 06-ZZZS-proračun RS

<b>5-NAROČILO</b>								
<b>Nepropustne hlačke</b>								
Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								
<b>Predloge za srednjo inkontinenco</b>								
Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								
<b>Predloge, plenice in posteljne predloge za težko inkontinenco</b>								
Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								
<b>Plenice in posteljne predloge za zelo težko inkontinenco</b>								
Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								
<b>Plenice za otroke</b>								
Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Šifra zdr. dejavnosti:      Št. izvajalca:      Datum:      Šifra zdravnika:      Podpis zdravnika:      Žig zdravnika:

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za naročanje:

**6-PREVZEM**  
 Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za prevzem naročene količine:      Datum prevzema: