

MESEČNA ZBIRNA NAROČILNICA zap. št.:.....meseč:.....leto:.....		On-line številka naročilnice	
Obr. NAR-3/04		4-ZAVAROVALNICA ZA DOPLAČILA	
1-SOCIALNI ALI DRUG ZAVOD		PZZ zavarovalnica (ustrezno označi):	
.....		02 - Adriatic	
.....		03 - Vzajemna	
.....		04 - Triglav	
(Naziv in naslov socialnega ali drugega zavoda)		06 - ZZS - proračun RS	
5-NAROČILO			
Št. II. MP za lahko inkontinenco			
1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZZS št.
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP	Številko kosov
2			
3			
4			
Št. VII. MP za srednjo inkontinenco - zbirna naročilnica			
1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZZS št.
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP	Številko kosov na dan
2			Številko kosov
3			
4			
Št. VIII. MP za težko inkontinenco - zbirna naročilnica			
1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZZS št.
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP	Številko kosov na dan
2			Številko kosov
3			
4			
Št. IX. MP za zelo težko inkontinenco - zbirna naročilnica			
1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZZS št.
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP	Številko kosov na dan
2			Številko kosov
3			
4			
Št. X. Otroške plenice - zbirna naročilnica			
1	Priimek in ime	Rojstni datum	ZZZS št.
1	Priimek in ime	Naziv vrste MP	Številko kosov na dan
2			Številko kosov
3			
4			
Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za naročanje:		Datum naročila:	
6-PREVZEM			
Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za prevzem naročene količine:		Datum prevzema:	