Naziv zdravstvene ustanove

_____

Mjesto i datum pregleda _____

LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA OSTVARIVANJA PRAVA NA POVLASTICU ILI OSLOBAĐANJE OD PLAĆANJA MJESEČNE PRISTOJBE

1. Prezime (ime oca) ime _____

2. Mjesto stanovanja, ulica i kućni broj

_____

_____

3. Datum rođenja_____ OIB [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

4. Broj obveznika plaćanja pristojbe (poziv na broj odobrenja s naloga za plaćanje)_____

_____

5. Nalaz**(liječnik upisuje riječima dijagnozu/vrstu bolesti i postotak invaliditeta)**_____

_____

Sukladno Odluci Nadzornog odbora HRT-a, pravo na oslobađanje od plaćanja pristojbe **u visini od 50%**, ostvaruju sljedeći obveznici plaćanja mjesečne pristojbe:

- Punoljetne osobe oboljele od mišićne distrofije ili srodnih neuromišićnih oboljenja
- Punoljetne osobe koje su preboljele cerebralnu ili dječju paralizu s oštećenjem organa za kretanje preko 80%
- Punoljetne osobe s dijagnozom paraplegija, tetraplegija, hemiplegija, sc.multiplex, amputacija donjih extremiteta, s oštećenjem organa za kretanje preko 80%
- Punoljetne osobe sa 100% oštećenjem sluha

Sukladno Odluci Nadzornog odbora HRT-a pravo na oslobađanje od plaćanja pristojbe u **cijelosti** ostvaruju sljedeći obveznici plaćanja mjesečne pristojbe:

- 100% slijepe osobe
- Osobe s invaliditetom I i II grupe (100% invaliditeta) koje primaju invalidske naknade kao ratni ili mirnodopski vojni invalidi ili invalidi policije (ne civilni)
- Bolesnici koji se liječe dijalizom bubrega
- Gluhoslijepe osobe koje po jednom od oštećenja, gluhoća ili sljepoća imaju 100% oštećenja

NAPOMENA: POD REDNIM BROJEM 5. LIJEČNIK JE OBAVEZAN RIJEČIMA UPISATI DIJAGNOZU BOLESTI

Potpis liječnika specijaliste

_____

(potpis - žig)