

PRIJAVA ZA BRZO ANTIGENSKO TESTIRANJE NA COVID-19 NA OSOBNI ZAHTJEV UZ PLAĆANJE

Molimo popunite niže navedene rubrike odgovarajućim podacima.

NARUDŽBA ZA DAN: _____

DATUM PLAĆANJA: _____

IZNOS PLAĆANJA [kn]: =170,00

IME I PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____ (broj identifikacijskog dokumenta za strane državljane)

ULICA i KUĆNI BROJ: _____

POŠTANSKI BROJ: _____

MJESTO: _____

MOB (TEL): _____

E-MAIL: _____

NAČIN DOSTAVE NALAZA: _____ (OSOBNOST ili EMAIL)

NALAZ NA ENGLESKOM JEZIKU: ("X" ako DA)

PODACI O POSLOVNOM SUBJEKTU U SLUČAJU DA ON ŠALJE DJELATNIKE NA TESTIRANJE

NAZIV: _____

OIB: _____

ULICA i KUĆNI BROJ: _____

POŠTANSKI BROJ: _____

MJESTO: _____

E-MAIL: _____

Ispunjavanjem ovog obrasca dajem privolu voditelju osobnih podataka, Zavodu za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije, Požega, da može koristiti moje osobne podatke u svrhu medicinskih pregleda, postavljanja dijagnoza, primjenu različitih postupaka i zahvata, te obradu i dostavu rezultata medicinskih postupaka.