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

Molimo popunite niže navedene rubrike odgovarajućim podacima.

NARUDŽBA ZA DAN: Click here to enter a date.

DATUM PLAĆANJA: Click here to enter a date.

IZNOS PLAĆANJA [kn]: =100,00

IME I PREZIME: Click here to enter text.

DATUM ROĐENJA: Click here to enter a date.

OIB: Click here to enter text. *(broj identifikacijskog dokumenta za strane državljane)*

ULICA i KUĆNI BROJ: Click here to enter text.

POŠTANSKI BROJ: Click here to enter text.

MJESTO: Click here to enter text.

MOB (TEL): Click here to enter text.

E-MAIL: Click here to enter text.

NAČIN DOSTAVE NALAZA: Click here to enter text. *(OSOBNO ili EMAIL)*

NALAZ NA ENGLESKOM JEZIKU:  *(“X” ako DA)*

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

NAZIV: Click here to enter text.

OIB: Click here to enter text.

ULICA i KUĆNI BROJ: Click here to enter text.

POŠTANSKI BROJ: Click here to enter text.

MJESTO: Click here to enter text.

E-MAIL: Click here to enter text.

*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.*