

## 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]: =100,00  
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: \_\_\_\_\_ (OSOBN0 ili EMAIL)  
NALAZ NA ENGLJESKOM 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.*