

Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije

 Broj;

MIKROBIOLOŠKI ODJEL

**OBRAZAC DRIVE IN ZA PRAVNE SOSOBE**

|  |
| --- |
| **PODACI O NARUČITELJU** |

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv tvrtke |  |
| Matični broj |  |
| OIB |  |
| Adresa |  |
| E-mail |  |
| Kontakt broj (mob/tel) |  |
| E-mail za dostavu nalaza |  |

**Popunjavaju pravne osobe**

|  |
| --- |
| **PODACI ZA DOSTAVU RAČUNA** **( ako se razlikuju od gore navedenih** ) |
| Naziv |  |
| Adresa |  |
| OIB |  |
| E-mail |  |

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAPOMENA; Ako tvrtka naručuje pregleda za više djelatnika obvezna je dostaviti popis s obveznim podacima ( ime i prezime, datum rođenja i adresu za dostavu nalaza i kontakt telefon/mobitel) osoba koje se upućuju na testiranje.

S podacima koje nam ustupate prilikom popunjavanja postupamo povjerljivo i u skladu s pravnim propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka. Vaše podatke upotrebljavamo isključivo u svrhu zaštite privatnosti pacijenta.

|  |
| --- |
| **POPIS DJELATNIKA** |
| **Ime i prezime** | **Datum rođenja** | **Adresa za dostavu nalaza ako se razlikuje od e-maila naručitelja testiranja** | **Kontakt telefon/mobitel** | **Potpis djelatnika\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Svojim potpisom djelatnik daje suglasnost za dostavu nalaza na e-mail adresu naručitelja ili adresu koju odredi u tablici