

Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije

Broj;

MIKROBIOLOŠKI ODJEL

**OBRAZAC DRIVE IN ZA FIZIČKE OSOBE**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime |  |
| Datum rođenja |  |
| OIB  MBO |  |
| Adresa |  |
| E-mail |  |
| Kontakt broj (mob/tel) |  |
| E-mail za dostavu nalaza |  |

**Popunjavaju samo fizičke osobe**

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

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

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

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.