



Mikrobiološki odjel

**NARUDŽBENICA I ODOBRENJE ZA
SLANJE NALAZA ELEKTRONIČKOM
POŠTOM**

Oznaka dokumenta:

OB 5.9/1-0/4-400

Izdanje: 3

Strana/stranica: 1/1

Z -400/ __-20

PODACI O OSOBI KOJA PRISTUPA TESTIRANJU

Ime i prezime	
Datum rođenja	
OIB	
Adresa (ulica, poštanski broj, grad i država)	
Kontakt broj (mob/tel)	
E-mail za dostavu nalaza	

**PODACI ZA ISPOSTAVU PONUDE/RAČUNA
(ako se razlikuju od gore navedenih)**

Naziv tvrtke	
Adresa (ulica, poštanski broj, grad i država)	
OIB	
E-mail	

Mjesto i datum: _____

Potpis: _____

NAPOMENA: Ako tvrtka naručuje preglede za više svojih djelatnika obvezna je dostaviti narudžbenu za svaku osobu koja pristupa testiranju.

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