



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

ZAHTJEV ZA SANITETSKIM PRIJEVOZOM

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA	
NAZIV/IME I PREZIME	
ADRESA	
OIB	

Molimo da dana _____ u vremenskom razdoblju od _____ sati omogućite sanitetski prijevoz na lokaciji _____, za PACIJENTA _____ sljedećega sastava (molimo zaokružite):

- a) medicinska sestra/tehničar
vozač

- b) vozač.

PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

(mjesto)

(datum)

(potpis)