

**ZAHTJEV ZA MEDICINSKO DEŽURSTVO NA JAVNOM OKUPLJANJU**

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA	
<b>NAZIV</b>	
<b>ADRESA</b>	
<b>OIB/IBAN</b>	

Molimo Vas da dana \_\_\_\_\_ u vremenskom razdoblju od \_\_\_\_ sati do \_\_\_\_ sati osigurate na lokaciji \_\_\_\_\_ povodom \_\_\_\_\_

medicinsko dežurstvo sljedećeg sastava (molimo zaokružite):

- a) Doktor medicine  
Medicinski tehničar/sestra  
Vozač
- b) Medicinski tehničar/sestra  
Vozač

**Napomena:**

- Prilikom obračuna kao minimalno vremensko razdoblje medicinskog dežurstva na javnom okupljanju uzima se razdoblje od 3 sata. U obračun će se uključiti i vrijeme potrebno za dolazak i odlazak na mjesto javnog okupljanja.
- Molimo Vas da po primitku našeg računa uplatite dogovoreni iznos na naš žiro račun **HR4623860021110006914**, te nam potvrdu o izvršenoj uplati dostavite na fax: 048/641-203 ili e-mail: [strucnisuradnik@hitna-kckz.hr](mailto:strucnisuradnik@hitna-kckz.hr). Ukoliko transakcija ne bude provedena 2 dana prije početka javnog okupljanja, nismo dužni preuzeti medicinsko osiguranje.

**Podnositelj zahtjeva:**

\_\_\_\_\_  
(mjesto)

\_\_\_\_\_  
(datum)

\_\_\_\_\_  
(potpis)