



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

ZAHTJEV ZA EDUKACIJOM AVD/BLS
(Automatski vanjski defibrilator i osnovni tečaj održavanja života)

| PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA | |
|--------------------------------|--|
| NAZIV: | |
| ADRESA: | |
| OIB: | |

Molimo Vas da dana _____ održite edukaciju AVD/BLS za _____ osoba
(*broj osoba*) za potrebu _____
(*navesti jednostavno obrazloženje*).

Pristupnici za koje se traži medicinska edukacija imaju položeni vozački ispit: DA NE
(*zaokružite*)

Ukoliko pristupnik nema položeni vozački ispit/prvu pomoć navesti osobne podatke:

(*ime i prezime*)

Napomena: Prilikom obračuna kao minimalan broj osoba za koje se provodi medicinska edukacija je šest osoba. Edukacija se provodi u prostorijama Zavoda za hitnu medicinu sjedišta u Koprivnici (iznimno u dogovoru i na drugoj lokaciji). Potvrdnice za obavljen tečaj izdaje Hrvatski zavod za hitnu medicinu temeljem predane dokumentacije po izvršenom tečaju.

Molimo Vas da po primitku naše ponude uplatiti dogovoreni iznos na naš žiro račun IBAN: HR 9823860021552003647 te nam potvrdu o izvršenoj uplati dostavite na mail: administrator@hitna-kckz.hr Ukoliko transakcija ne bude provedena 2 dana prije početka edukacije, Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije nije dužan preuzeti obvezu edukacije.

Podnositelj zahtjeva:

(*potpis*)

(*mjesto*) (*datum*)

Trg dr. Tomislava Bardeka 10, 48000 Koprivnica, tel/fax: 048/641-203, 641-281, www.hitna-kckz.hr

IBAN: HR 9823860021552003647, Podravska banka Koprivnica, OIB: 63076865469

Ustanova upisana kod Trgovačkog suda u Varaždinu. Osnivač Koprivničko-križevačka županija.

Ravnateljica – Mirjana Hanžeković, mag. oec.