



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 _____ sljedećeg sastava (molimo zaokružite):

- a) Medicinska sestra/tehničar
vozač
- b) Vozač

PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

(mjesto) (datum)

(potpis)

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.