



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

ZAHTJEV ZA MEDICINSKO DEŽURSTVO NA JAVNOM OKUPLJANJU

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA	
NAZIV	
ADRESA	
OIB/IBAN	

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

medicinsko dežurstvo sljedećeg sastava: (molimo zaokružite):

- a) TIM 1:
Doktor medicine
Medicinski
tehničar/sestra Vozač
- b) TIM 2:
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 **HR9823860021552003647**, te nam potvrdu o izvršenoj uplati dostavite na fax: 048/641-203 ili e-mail: financije@hitna-kckz.hr. Ukoliko transakcija ne bude provedena 2 dana prije početka javnog okupljanja, nismo dužni preuzeti medicinsko osiguranje.

Podnositelj zahtjeva:

(mjesto)

(datum)

(potpis)