



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

## ZAHTJEV ZA INOZEMNIM SANITETSKIM PRIJEVOZOM

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA	
NAZIV/IME I PREZIME	
ADRESA	
OIB	
KONTAKT (mail/broj mobitela)	

Molimo da dana \_\_\_\_\_ omogućite sanitetski prijevoz na lokaciji:  
(datum)

od \_\_\_\_\_  
(točna adresa polazišta pacijenta)

do \_\_\_\_\_  
(točna adresa na koju se pacijent smješta)

za pacijenta \_\_\_\_\_  
(ime i prezime pacijenta)

**Napomena:** Cijena sanitetskog inozemnog prijevoza iznosi 4,00 € po prijeđenom kilometru. U navedenu cijenu uključeni je sanitetski prijevoz pacijenta te medicinska pratnja medicinske sestre/tehničara. Kilometraža se računa od Zavoda za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije, odnosno ispostave Zavoda iz koje se prijevoz izvršava, do adrese na kojoj je pacijent smješteni, odnosno od adrese na kojoj se smješta do povratka u Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije, odnosno ispostave Zavoda iz koje se prijevoz izvršava.

Detalji oko sanitetskog prijevoza pacijenta dogovaraju se s prijavno-dojavnom jedinicom sanitetskog prijevoza na broj: **099 26 96 749**.

Detalje oko računa za sanitetski prijevoz pacijenta dogovaraju se s računovodstvom na broj: **091 602 1930**.

Podnositelj zahtjeva:

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_  
(grad) (datum)

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