



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

ZAHTJEV ZA 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 prijevoza iznosi 1,60 € 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)