



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO «SVETI ROK»
VIROVITIČKO-PODRAVSKE ŽUPANIJE

Lj. Gaja 21, Virovitica; Tel./fax: 033/727-031, 781-401
www.zzjzvpz.hr, e-mail: zzjzvpz-uprava@zzjzvpz.hr
MB 1080300 OIB 76860791838

OBRAZAC ZA TESTIRANJE NA SARS-CoV-2 NA ZAHTJEV PRAVNE OSOBE

Pravna osoba/naziv	
Adresa, poštanski broj i mjesto	
OIB	
Kontakt broj (mob/tel)	
E-mail	
Broj osoba za testiranje	

Popis osoba za testiranje

PREZIME	IME	DATUM ROĐENJA	Broj putne isprave (samo za strance)	SPOL	BROJ TEL/MOB	VRSTA TESTA
						PCR
						PCR
						PCR
						PCR
						PCR
						PCR
						PCR
						PCR
						PCR
Tražimo dostavu nalaza e-mailom					DA	NE
E-mail za dostavu nalaza						
Nalaze ćemo preuzeti osobno					DA	NE
Datum dolaska na testiranje						

Mjesto i datum: _____ Potpis: _____

Potpisom ovog obrasca dajem privolu voditelju obrade osobnih podataka, Zavodu za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije, da može koristiti moje osobne podatke u svrhu medicinskih pregleda, postavljanja dijagnoza, primjenu različitih postupaka i zahvata, te obradu i dostavu rezultata medicinskih postupaka.

S podacima koje nam ustupate prilikom popunjavanja obrasca postupamo povjerljivo i u skladu s pravnim propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka. Vaše podatke upotrebljavamo isključivo u svrhu zaštite privatnosti pacijenta.