

## OBRAZAC - TESTIRANJE NA COVID-19

PODACI O TESTIRANOJ OSOBI	
<i>Ime i prezime</i>	
<i>Datum rođenja</i>	
<i>OIB</i>	
<i>Adresa</i>	
<i>Kontakt broj (mob/tel)</i>	
<i>E-mail</i>	

PODACI ZA ISPOSTAVU RAČUNA (ako se razlikuju od gore navedenih)	
<b>Naziv</b>	
<b>Adresa</b>	
<b>OIB</b>	
<b>E-mail</b>	

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

*Potpisom ovog obrasca dajem privolu voditelju obrade osobnih podataka, Domu zdravlja Slavonski Brod, 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.