



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU BJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE
Josipa Jelačića 13c, 43 000 Bjelovar * OIB:09014802211 * TEL:043/225 823* FAX:043/225 826*
IBAN: HR2724020061101177395 * hzhmbj@gmail.com * www.hitnabbz.hr*

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 1,46 € (11,00 kn) 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 Bjelovarsko-bilogorske 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 Bjelovarsko-bilogorske županije,