

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU BJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE
JOSIPA JELAČIĆA 13C
43000 BJELOVAR

ZAHTJEV ZA ORGANIZACIJU HITNE MEDICINE NA JAVNOM OKUPLJANJU

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA	
NAZIV:	
ADRESA:	
OIB:	
IBAN:	
KONTAKT BROJ:	E-POŠTA:

Molimo Vas da dana _____ u vremenskom razdoblju od _____ sati do _____ sati osigurate na lokaciji _____ medicinsko osiguranje. Za navedene potrebe molimo uslugu medicinskog osiguranja članova tima HMP u slijedećem sastavu: (zaokružiti sastav med.tima/usluge koji se traži)

- a) dr.med.,med.tehn./sestra, vozač;
- b) med.tehn/sestra i vozač;
- c) vozač s vozilom,
- d) usluga dr.med. bez vozila,
- e) usluga med.tehn./sestre bez vozila

Svrha potrebe osiguranja: _____
(veće okupljanje, koncert, sportsko događanje, vježba, ...)

Napomena: Prilikom obračuna trajanja osiguranja kao obračunska jedinica uzima se razdoblje od 1 sata. Prilikom obračuna kao minimalno vremensko razdoblje trajanja osiguranja uzima se razdoblje **od 3 sata**. U obračun će se uključiti i vrijeme potrebno za dolazak i odlazak na lokaciju osiguranja.

Zahtjevi za medicinsko osiguranje šalju se isključivo na mail: hzhmbj@gmail.com najmanje 8 dana prije održavanja događaja čije se osiguranje traži.

*Molimo Vas da po primitku naše ponude uplatite dogovoreni iznos na IBAN br.: **HR9223400091110744700**, otvoren kod PBZ banke, te nam potvrdu o izvršenoj uplati dostavite na putem elektroničke pošte na: hzhmbj@gmail.com

Ukoliko Transakcija ne bude provedena 2 dana prije početka osiguranja događaja Zavod nije u obvezi preuzeti medicinsko osiguranje.

Podnositelj zahtjeva:

(mjesto) (datum)
