**PODACI POTREBNI ZA PRUŽANJE USLUGE ANTIGENSKI TEST na SARS-CoV-2 virus**

**Molimo da niže navedene podatke popunite čitko. / Fill readable!**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATUM (Date)** |  |
| **PREZIME (Surname)** | **IME (Name)** |
|  |  |
| **DATUM ROĐENJA (Date of birth)** | **SPOL (Gender)** |
|  | **MUŠKO (Male) ŽENSKO (Female)** |
| **OIB (for Croatian citizens only) ID No/PIN (non-Croatian citizens)** |  |
| **ADRESA E-POŠTE za slanje rezultata nalaza antigenskog testiranja (e-mail address for sending the results of antigen testing findings)** |  |
| **BROJ TELEFONA (Phone number)** |  |
| **ADRESA STANOVANJA (Residential address)** |  |
| **POŠTANSKI BROJ I GRAD, DRŽAVA****(Zip code, city and country)** |  |
| **Razlog testiranja (Croatian citizens only):** | 1. **imam simptome**
2. **kontakt s osobom pozitivnom na COVID**
3. **zbog odlaska u bolnicu (liječenje/zahvat)**

**ili u dom**1. **zbog putovanja**
2. **ostalo**
 |

**NAPOMENA:**

**Zahtjev dostavljen e-mailom smatra se potvrdom za pružanje naslovljene usluge**

**Za testiranje je potrebno:**

* prethodno se naručiti online e-mailom na **info@medikol.hr**
* izvršiti uplatu na IBAN Poliklinike Medikol: HR9324020061100573934 u iznosu od 100 kn; u opisu plaćanja kod poziva na broj staviti 00 i upisati OIB osobe koja će se testirati, a u opisu treba navesti: antigen testiranje za ''ime/prezime pacijenta te navesti lokaciju ZAGREB/ČAKOVEC/OSIJEK''. SWIFT: ESBC HR 22 (za uplate iz inozemstva)
* dokaz o plaćanju i popunjeni obrazac poslati na e-mail info@medikol.hr.