



## Zahtjev za molekularnu dijagnostiku bolesti COVID-19

Ispuniti zahtjev čitko i potpuno.

IME

PREZIME

SPOL

M  Ž

DATUM ROĐENJA

MBO HZZO-a ili OIB

MOBITEL ili TELEFON

(Neobvezno)

E-ADRESA

Nalaz će Vam biti poslan na navedenu e-adresu SAMO ako je račun plaćen.

RAZLOG TESTIRANJA

PUTOVANJE  POMORAC  OSTALO:

NALAZ NA ENGLESKOM J.

DA  NE

POTPIS

**Popunjavanje osoblje**

DATUM UZORKOVANJA

ŽURNO TESTIRANJE

DA NE

POTPIS