**NARUDŽBENICA ZA PREGLED DJELATNIKA ZA SANITARNU ISKAZNICU**

|  |  |
| --- | --- |
| Broj narudžbenice: |  |
| Poslodavac/ime trg. društva/obrta: |  |
| Direktor/vlasnik: |  |
| Sjedište/adresa: |  |
| Broj porezne evidencije MB: |  |
| OIB: |  |
| Žiro račun: |  |
| Telefon/faks: |  |
| E-mail adresa za dostavu računa: |  |

**Djelatnik:**

Ime i prezime

**Način plaćanja *(obavezno označiti)***

|  |
| --- |
| Gotovinskom uplatom na blagajni Zavoda na dan pregleda |
| Virmanskom uplatom temeljem računa R1 u zakonskom roku |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mjesto i datum: |  | Potpis i pečat naručitelja: |
|  |  |  |

**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE**

Matije Gupca 74, 22 000 ŠIBENIK

**tel**: (022) 341-232, **faks**: (022) 215-063, www.zzjz-sibenik.hr

**IBAN**: HR8323600001101469087, **OIB**: 84082732674, **MBS**: 01183486

**Telefon za sve informacije**: (022) 341-220 **Fax:** (022) 341-225

**E-mail za slanje narudžbenice**: epidemiologija.prijem@zzjz-sibenik.hr