**OBRAZEC ZA ODVZEM BRISA COVID-19 ZA PODJETJA**

1. **Naziv podjetja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Plačnik testiranja bo:**

🞎 Podjetje

🞎 Samoplačnik

1. **Željen okvirni datum testiranja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Željena vrsta testa (označiti):** 🞎hitri antigenski test (HAGT) 🞎 PCR test
3. **Podatki o zaposlenih za odvzem brisa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime in priimek | Naslov bivališča | Datum rojstva | Telefonska številka |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*izpolnite z velikimi tiskanimi črkami.

Podpis odgovorne osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki za nakazilo:**

Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijska cesta 4, 8000 Novo mesto, davčna številka: **18631380**

**!!Od 1.7.2021 dalje nakazila izvršujte na nov račun: SI56 0110 0600 8348 231 (TRR odprt pri UJP); BIC koda: BSLJSI2X; davčna številka: 1861380. !!**