**ZAHTJEV ZA OSIGURANJE HITNE MEDICINSKE SKRBI NA JAVNIM PRIREDBAMA I DRUGIM OBLICIMA OKUPLJANJA**

NAZIV JAVNE PRIREDBE ILI OKUPLJANJA:

DATUM I MJESTO ODRŽAVANJA:

TRAJANJE OSIGURANJA (U SATIMA):

OČEKIVANI BROJ SUDIONIKA:

SIGURNOSI RIZIK (OZNAČITI) : VISOKI SREDNJI NISKI

ZDRAVSTVENI RIZIK (OZNAČITI): VISOKI SREDNJI NISKI



**ORGANIZATOR/NAZIV:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKT OSOBA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EMAIL/MOB./TEL**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATUM PODNOŠENJA ZAHTJEVA**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zahtjev uputiti na mail: ravnatelj@zhmzz.hr