

 Služba za mikrobiologiju	SUGLASNOST ZA UZORKOVANJE	Stranica: 1/1
		Zapis broj:
	OBR 5.4/1	Revizija: 0

Ime i prezime roditelja/skrbnika: _____ Adresa: _____ Telefona (za slučaj potrebe): _____ Ime i prezime djeteta/osobe pod skrbištvom: _____ OIB/MBO: _____
--

Ovu suglasnost dajem u svrhu uzorkovanja i obrade uzorka u Službi za mikrobiologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije.

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su gore navedeni podaci točni i da sam upoznat/a s uzorkovanjem za mikrobiološku pretragu te da isto u cijelosti razumijem i prihvaćam.

Datum:

Potpis roditelja/skrbnika:

Potpis djelatnika MIS-a:
