

Ja, \_\_\_\_\_ rođ. \_\_\_\_\_, OIB \_\_\_\_\_, s prebivalištem na adresi \_\_\_\_\_, mob./tel.: \_\_\_\_\_. Molim (zaokružiti broj ispred) :

- |   |                                      |                                       |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) <b>BRZI antigenski test na COVID-19:</b> | 1) na <b>hrvatskom jeziku</b>        | 1) Za testiranje <b>imam uputnicu</b> |
| 2) <b>PCR test na COVID-19</b>              | 2) na <b>engleskom jeziku</b>        | 2) Testiranje <b>plaćam osobno</b>    |
|   | 3) <b>digitalnu EU Covid potvrdu</b> | 3) Testiranje <b>plaća poduzeće</b>   |

Nalaz ću podići: 1) **osobno;** (naziv) \_\_\_\_\_  
2) **dajem odobrenje osobi** \_\_\_\_\_ da podigne moj nalaz;  
3) **suglasan sam da mi ga pošalje na e-mail adresu:** \_\_\_\_\_.

U Požegi, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ime i prezime tiskanim slovima i vlastoručni potpis)

*Potpisom ovog obrasca dajem privolu voditelju obrade osobnih podataka, OŽB Požega, da može koristiti moje osobne podatke u svrhu obrade i dostave rezultata medicinskih postupaka nadležnim službama.*

*Opća županijska bolnica Požega će sa ustupljenim podacima postupati povjerljivo i u skladu s pravnim propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka, te ih koristiti samo u gore navedenu svrhu.*