

 Služba za kliničku mikrobiologiju	SUGLASNOST ZA UZORKOVANJE OBR 7.2/2	Stranica 1 od 1
		Zapis broj:
		Revizija 3

Ime i prezime roditelja/skrbnika: _____ Adresa: _____ Broj telefona: _____ Ime i prezime djeteta/osobe pod skrbništvom: _____ OIB/MBO: _____
--

Ovu suglasnost dajem u svrhu uzorkovanja i obrade uzorka u Službi za kliničku 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 sa uzorkovanjem za mikrobiološku pretragu te da isto u cijelosti razumijem i prihvaćam.

Datum:	Potpis roditelja/skrbnika:	Potpis djelatnika MIS-a:
_____	_____	_____