



NAROČILO SAMOPLAČNIŠKEGA REŠEVALNEGA PREVOZA

Spodaj podpisani(na) _____, naročam samoplačniški reševalni prevoz za _____, rojen(na) _____.

Reševalni prevoz se izvede na relaciji _____, dne _____.

Naročam (označi):

- sanitetni reševalni prevoz (brez spremstva zdravstvenega delavca),
- reševalni prevoz s spremstvom zdravstvenega delavca.

Račun se pošlje na naslov:

Hkrati izjavljam, da sem seznanjen s cenikom ZD Sevnica in za opravljen reševalni prevoz ne bom zahteval(a) povračila vplačanega zneska s strani Ministrstva za zdravje, niti s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenija oziroma drugih zavarovalnic za prostovoljna zavarovanja.

Račun za opravljen reševalni prevoz bo izstavljen po opravljenem prevozu. Zavezujem se, da ga bom poravnal najkasneje v 15 dneh od izstavitve računa.

SEVNICA, dne: _____

Podpis: _____