



Ulica dr. Hrovata 4, 2270 Ormož
Telefon: (02) 741-09-00, Fax: (02) 741-09-99
e-mail: uprava@zd-ormoz.si

**POROČILO O ZAGOTAVLJANJU
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA
PRIREDITVI**

Izpolni prireditelj:

PRIREDITELJ: _____

Odgovorna oseba: _____

Kontakt: _____

Datum prireditve: _____ Ura: od _____ do _____

Ormož, dne _____

Podpis in žig:

Opomba: naročilnico posredujte en teden pred prireditvijo, v nasprotnem primeru bomo razumeli, da boste za izvajanje zdravstvenega varstva najeli drugega izvajalca

Izpolni zdravstveni dom:

Vrsta prireditve: _____

Zahtevani izvajalci: x reševalno vozilo
 x zdravstveni tehnik
 x diplomirani zdravstvenik
 x zdravnik

Ormož, dne _____

Podpis in žig:

Izpolni po prireditvi:

Prireditev izvedena dne _____ od _____ do _____ ure

Izvajalci zdravstvenega doma: _____

Podpis prireditelja: