

OBRAZ ZA TESTIRANJE (PCR / BAT) ZA LOKACIJU BR.1

PODACI O OSOBI KOJA PRISTUPA TESTIRANJU / INFORMATION ABOUT THE PATIENT	
Ime i prezime / Name and surname	
Datum rođenja / Date of birth	
Vrsta testa PCR ili BAT (antigen) / Type of test PCR / BAT (antigen)	
Kontakt mobitel / Contact mobile	
Kontakt mail / Contact E-mail	
Broj putovnice ili osobne iskaznice / Passport or identity card number	

Mjesto i datum /
Place and date

Obrazac poslati na mail / send the form by E-mail: covid@rabac-labin.com