**Kupac\* usluge:**

OIB:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv

(Ime i

prezime)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/Fax:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa

Kontakt osoba /e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podaci o uzorku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Redni  broj: | Naziv uzoraka: | Zahtjev za ispitivanje: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ime i prezime: | Datum: | Potpis: |
| Dostavio/la: |  |  |  |
| Zaprimio/la: |  |  |  |

\**Suglasan/a sam s cijenom usluge i odabirom pokazatelja i metoda ispitivanja uzoraka koje će izvršiti ovlašteno tehničko osoblje Službe za zdravstvenu ekologiju.*

*Obradu osobnih podataka koju će u Vaše ime kao voditelja obrade, provoditi ZZJZ KKŽ kao izvršitelj obrade, radi pružanja gore navedene usluge, primjenjuje se kao opći uvjet ugovora, odredba članka 17. Pravilnika o obradi i zaštiti osobnih podataka Zavoda za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije (u nastavku: Pravilnik), objavljen na web stranici* [*www.zzjz-kkz.hr*](http://www.zzjz-kkz.hr)*. Potpisom Zahtjeva za ispitivanje potvrđujete da ste upoznati sa sadržajem odredbe članka 17. Pravilnika.*