



Naročilo samoplačniškega reševalnega prevoza

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

Dosegljiv/a sem na telefonski številki _____ in elektronskem naslovu
_____.

Reševalni prevoz se izvede na relaciji
od _____ do _____,
dne _____.

Naročam (ustrezno označi):

- ☐ sanitetni reševalni prevoz
- ☐ reševalni prevoz leže.

Račun se pošlje na naslov: _____
_____.

Reševalni prevoz se obračuna po veljavnem ceniku ZD Hrastnik. Račun za opravljeno storitev bo izstavljen po opravljenem prevozu. Zavezujem se, da ga bom poravnal/a najkasneje v 15 dneh od izstavitve računa.

Hkrati izjavljam, da za opravljen reševalni prevoz ne bom zahteval/a povračila vplačanega zneska s strani Ministrstva za zdravje, niti s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma drugih zavarovalnic.

Kraj _____, dne: _____ Podpis: _____