



REPUBLIKA HRVATSKA
PRIMORSKO – GORANSKA ŽUPANIJA
OPĆINA FUŽINE

OBRAZAC ISKAZA INTERESA

za korištenje usluge prijevoza onkoloških pacijenata na terapiju

Program sufinanciranja prijevoza onkoloških pacijenata iz jedinica lokalne samouprave s područja Primorsko-goranske županije

PODACI O PODNOSITELJU

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Datum rođenja: _____

Adresa prebivališta: _____

Kontakt telefon / mobitel: _____

E-mail (nije obvezno): _____

PODACI O LIJEČENJU

Zdravstvena ustanova u koju odlazite na terapiju ili pregled:

☐ KBC Rijeka

☐ Thalassotherapia Opatija

☐ Drugo: _____

Vrsta dolaska (označiti):

☐ Kemoterapija

☐ Kontrolni pregled

☐ Radioterapija

☐ Dijagnostičke pretrage

☐ Imunoterapija

☐ Ostalo: _____

Koliko često odlazite na terapiju ili pregled?

- ☐ Više puta tjedno
- ☐ Jednom tjedno
- ☐ Dva do tri puta mjesečno
- ☐ Jednom mjesečno
- ☐ Prema rasporedu liječnika

POTREBA ZA PRIJEVOZOM

Imate li mogućnost vlastitog prijevoza?

- ☐ Da
- ☐ Ne

Biste li koristili organizirani prijevoz kada bi bio dostupan?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Povremeno

IZJAVA

Izjavljujem da sam osoba koja se liječi od maligne bolesti te da su podaci navedeni u ovom obrascu istiniti.

Suglasan/na sam da Općina Fužine prikuplja i obrađuje moje osobne podatke sadržane u ovom obrascu isključivo u svrhu utvrđivanja interesa i potreba za organizacijom prijevoza onkoloških pacijenata te pripreme i provedbe Programa sufinanciranja prijevoza onkoloških pacijenata, u skladu s važećim propisima o zaštiti osobnih podataka.

Svjestan/na sam da podnošenje ovog Iskaza interesa ne predstavlja ostvarivanje prava na korištenje usluge prijevoza niti obvezuje Općinu na pružanje usluge.

Mjesto: _____

Datum: _____

Potpis podnositelja:
