

Covid testiranje za osobne potrebe

Za testiranje se potrebno najaviti unaprijed na broj telefona 031/ 488 880 od 08:00 do 11:00 sati, samo radnim danom.

Uzorkovanje za PCR testiranje i brzo antigensko testiranje u OŽB Našice provoditi će se u kontejnerima ispred bolnice, od ponedjeljka do petka, od 10:00 do 11:00 sati, a subotom od 07:00 do 08:00 sati.

Cijena PCR testiranja za osobne potrebe je 650,00 kn.

Cijena brzog antigenog testa za osobne potrebe je 110,00 kn.

Rezultate PCR testova kao i brzih antigenih testova možete preuzeti od ponedjeljka do subote, odnosno prema dogovoru u mikrobiološkom laboratoriju OŽB Našice.

Molimo Vas, kad god je to moguće, a radi poštivanja epidemioloških mjera plaćanje izvršite ranije, te potvrdu o plaćanju donesete na testiranje kako bi se izbjegle novčane transakcije.

Gotovinom možete platiti prilikom preuzimanja rezultata testiranja te Vas molimo da pripremite točan iznos.

NALOG ZA NACIONALNA PLAĆANJA	
PLATITELJ (naziv/ime i adresa): IME I PREZIME ADRESA, MJESTO	Hitno: <input type="checkbox"/> Valuta plaćanja: H R K Iznos: = 1 1 0 0 0
	IBAN ili broj računa platitelja:
	Model: Poziv na broj platitelja:
	IBAN ili broj računa primatelja: H R 5 6 2 4 1 2 0 0 9 1 1 3 2 0 0 0 3 6 3
PRIMATELJ (naziv/ime i adresa): OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA NAŠICE B. JELAČIĆA 10, 31500 NAŠICE	Model: Poziv na broj primatelja: H R 0 0 2021-OIB ILI BROJ OSOBNE ISKAZNICE, PUTOVNICE
	Šifra namjene: Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA BRZI ANTIGENSKI O T H R TEST NA COVID-19
	Datum izvršenja:
	Pečat korisnika PU Potpis korisnika PU
	Valuta i iznos: HRK =110,00
	IBAN (račun) platitelja ili Platitelj:
	Model i poziv na broj platitelja:
	IBAN (račun) primatelja: HR5624120091132000363
	Model i poziv na broj primatelja:
	Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA BRZI ANTIGENSKI TEST NA COVID-19
	Ovjera

NALOG ZA NACIONALNA PLAĆANJA	
PLATITELJ (naziv/ime i adresa): IME I PREZIME ADRESA, MJESTO	Hitno: <input type="checkbox"/> Valuta plaćanja: H R K Iznos: = 6 5 0 0 0
	IBAN ili broj računa platitelja:
	Model: Poziv na broj platitelja:
	IBAN ili broj računa primatelja: H R 5 6 2 4 1 2 0 0 9 1 1 3 2 0 0 0 3 6 3
PRIMATELJ (naziv/ime i adresa): OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA NAŠICE B. JELAČIĆA 10, 31500 NAŠICE	Model: Poziv na broj primatelja: H R 0 0 2021-OIB ILI BROJ OSOBNE ISKAZNICE, PUTOVNICE
	Šifra namjene: Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA PCR TESTIRANJE O T H R NA COVID-19
	Datum izvršenja:
	Pečat korisnika PU Potpis korisnika PU
	Valuta i iznos: HRK =650,00
	IBAN (račun) platitelja ili Platitelj:
	Model i poziv na broj platitelja:
	IBAN (račun) primatelja: HR5624120091132000363
	Model i poziv na broj primatelja:
	Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA PCR TESTIRANJE NA COVID-19
	Ovjera