

Naročilnica na preventivni zdravstveni program

Datum: _____

Ime: _____

Priimek: _____

Podjetje (če je plačnik podjetje): _____

Naslov: _____

Pošta: _____

Telefon: _____

E-naslov: _____

Davčni zavezanec: DA NE

Davčna številka plačnika: _____

NA PREVENTIVNI PREGLED IN MOREBITNE DODATNE PREISKAVE V DIAGNOSTIČNEM CENTRU BLED, Vila Bogatin d.o.o., NAROČAM _____ (vnesite število) OSEB(-E).

Vrsta preventivnega programa (označite svojo izbiro):

DVODNEVNI PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI PROGRAM

TRIDNEVNI PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI PROGRAM

VIKEND PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI PROGRAM

za termin: od __.__. do __.__. 200__.

Preventivnega programa se bodo udeležili:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____ Spol M Ž

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a s pogoji ODJAVE UDELEŽBE na preventivni zdravstveni program.

Podpis odgovorne osebe in žig podjetja: _____

Odjava udeležbe na preventivni zdravstveni program

Morebitno odjavo nam sporočite pisno po pošti ali po faksu. **Skrajni rok** za odjavo udeležbe na preventivni zdravstveni program je **pet delovnih dni** pred njegovim začetkom. Pri poznejših odpovedih vam bomo žal primorani zaračunati odškodnino ob nepravočasni odjavi, in sicer v višini:

- **30 odstotkov** od vrednosti celotnega preventivnega programa pri odpovedi do vključno treh delovnih dni pred začetkom programa,
- **50 odstotkov** od vrednosti celotnega preventivnega programa pri odpovedi manj kakor tri delovne dni pred začetkom programa.

PLAČILO

Po opravljenem preventivnem zdravstvenem programu vam bomo izstavili račun, ki ga poravnate v navedenem plačilnem roku na transakcijski račun 02068-0012377816 pri NLB d.d. ali 10100-0032382184 pri Banki Koper d.d.

Naročilnico pošljite po faksu: 04 579 84 04 ali po pošti:
Diagnostični center Bled, Pod skalo 4, 4260 BLEED



DIAGNOSTIČNI CENTER BLEED