

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	Valuta i iznos: HRK=110,00
IBAN ili broj računa platitelja:	IBAN (račun) platitelja ili Platitelj:	
Model: Poziv na broj platitelja:	Model i 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	IBAN (račun) primatelja: HR5624120091132000363	
PRIMATELJ (naziv/ime i adresa): OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA NAŠICE B. JELAČIČA 10, 31500 NAŠICE	Model: Poziv na broj primatelja: H R 0 0 2021-OIB ILI BROJ OSOBNE ISKAZNICE, PUTOVNICE	Model i poziv na broj primatelja:
Šifra namjene: Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA BRZI ANTIGENSKI O T H R TEST NA COVID-19	Opis plaćanja:	Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA BRZI ANTIGENSKI TEST NA COVID-19
Datum izvršenja:		
	Pečat korisnika PU	Potpis korisnika PU
		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	Valuta i iznos: HRK=650,00
IBAN ili broj računa platitelja:	IBAN (račun) platitelja ili Platitelj:	
Model: Poziv na broj platitelja:	Model i 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	IBAN (račun) primatelja: HR5624120091132000363	
PRIMATELJ (naziv/ime i adresa): OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA NAŠICE B. JELAČIČA 10, 31500 NAŠICE	Model: Poziv na broj primatelja: H R 0 0 2021-OIB ILI BROJ OSOBNE ISKAZNICE, PUTOVNICE	Model i poziv na broj primatelja:
Šifra namjene: Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA PCR TESTIRANJE O T H R NA COVID-19	Opis plaćanja:	Opis plaćanja: PLAĆANJE RAČUNA ZA PCR TESTIRANJE NA COVID-19
Datum izvršenja:		
	Pečat korisnika PU	Potpis korisnika PU
		Ovjera