
(Ime i prezime/Naziv tvrtke)

(Adresa, mjesto)

(Broj mob/tel)

(E-mail adresa)

ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC
I.G.Kovačića 1E, 40000 Čakovec
info@bolnica-cakovec.hr

PISMO NAMJERE ZA DONACIJU
ŽUPANIJSKOJ BOLNICI ČAKOVEC

Poštovani,

(naziv pravne/fizičke osobe)

(adresa)

(OIB)

ovim putem iskazuje namjeru za donaciju Županijskoj bolnici Čakovec:

a) _____
(proizvod, uslugu, radove; serijski broj), ukupne financijske vrijednosti u iznosu od
_____ eura bez PDV-a, odnosno _____ eura s PDV-om*

b) Novčani iznos od _____

u svrhu:

djelatnosti (naziv medicinske Službe/Odjela Županijske bolnice Čakovec)

Ujedno sam suglasan da Županijska bolnica Čakovec koristi osobne podatke (naziv/ime i prezime/adresa/OIB) u cilju provođenja postupka zaprimanja donacije u Županijsku bolnicu Čakovec.

S poštovanjem,

U _____ dana

(potpis/pečat)

SUGLASNOST ZA PRIKUPLJANJE, OBRADU I DOSTAVU TREĆIMA OSOBNIH PODATAKA

Navedena suglasnost odnosi se na objavljivanje osobnih podataka na web stranicama Županijske bolnice Čakovec u svrhu izravne promidžbe prilikom javne primopredaje i u okviru Izvješća o zaprimljenim donacijama u Županijskoj bolnici Čakovec.

Suglasan/na sam da Županijska bolnica Čakovec koristi osobne podatke (naziv/ime i prezime/adresa/OIB) u cilju provođenja postupka zaprimanja donacije u Županijsku bolnicu Čakovec.

U Čakovcu, _____

(potpis donatora, pečat)

Račun: HR3724070001100190362
BIC: OTPVHR2X
OTP BANKA HRVATSKA, SPLIT

**Ponuda, račun ili drugi odgovarajući dokument o vrijednosti proizvoda, usluga ili radova gdje će biti istaknuta TOČNA pojedinačna i ukupna vrijednost proizvoda, usluga ili radova koje namjeravate donirati.*

Izradio: Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete
zdravstvene zaštite
Vrijedi od: 01.07.2025.
Verzija 1