

NAZIV PRAVNE OSOBE (Udruga): _____ Datum: _____

Adresa pravne osobe: _____ tel / email: _____

ZAGREBAČKI ELEKTRIČNI TRAMVAJ

Odjel za prijevoz osoba s invaliditetom

e-mail: zahtjev.kombiprijevoz@zet.hr

SVRHA PUTOVANJA:

Liječnički pregled

Aktivnost udruge

Medic. rehab. do 5 radnih dana u tjednu

Datum/i putovanja: _____

Ukoliko se radi o med. rehab. do 5 radnih dana upišite sve datume ili period rehabilitacije

Tel., e-mail korisnika ili kontakt osobe za grupu korisnika: _____

POLAZAK					Vrijeme dolaska na odredište
	Ime i prezime	Pratnja	Adresa polaska:	Adresa odredišta:	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

POVRATAK			
	Ime i prezime	Pratnja	Vrijeme povratka:
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

NAPOMENA:

Ovjera i potpis odgovorne osobe: _____

Zahtjeve podnositi sukladno Pravilniku o prijevozu osoba s invaliditetom.

Odgovornost za opravdanost tražene svrhe putovanja i istinitost podataka snosi odgovorna osoba Udruge.