

# Pristopna izjava

## Uporabnik storitev - nosilec pogodbe

Ime	_____
Priimek	_____
Naslov	_____
Pošta in kraj	_____
EMŠO	_____
Telefon	_____
Elektronska pošta	_____

(podatek je obvezen za pošiljanje e-računa)

Začasni naslov ali naslov za pošiljanje, če se razlikuje od stalnega

## Uporabnik storitev - dodatni

Ime	_____
Priimek	_____
Naslov	_____
Pošta in kraj	_____
EMŠO	_____
Telefon	_____
Elektronska pošta	_____

Začasni naslov ali naslov za pošiljanje, če se razlikuje od stalnega

## Uporabnik storitev - otrok

Za uporabnika, ki sklepa pogodbo za družino, za paket **Plus** z dodatnim paketom **Obisk** ali za paket **Premium**, so storitve nasveta in obiska zdravnika za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti, vpisane na Pristopni izjavi, zagotovljene brezplačno\*. (velja na območju, kjer zagotavljamo obiske zdravnika na domu)\*.

Ime	_____
1 Priimek	_____
EMŠO	_____

Podpisani izjavljam, da kot starš oziroma zakoniti zastopnik vključujem zgoraj navedene osebe v storitve Doktor 24 Asistenca in v celoti sprejemam splošne pogoje poslovanja PZA d.o.o., Ljubljana in podajam izrecno soglasje za uporabo osebnih podatkov zgoraj navedenih oseb kot izhaja iz splošnih pogojev.

Ime	_____
2 Priimek	_____
EMŠO	_____

podpis starša / zakonitega zastopnika

### Izbiram paket:

(označite zeleno)

- ZDRAVNIŠKI NASVET 24/7  
 SPECIALIST  
 SPECIALIST Plus  
 SPECIALIST Premium  
 SPECIALIST Premium AED

### Izbranemu začetnemu dodajam paket:

(ne velja za paket ZDRAVNIŠKI NASVET 24/7)

- ZDRAVNIŠKI OBISK 24/7  
 MR/CT preiskava  
 ZOBJE  
 FIZIOTERAPIJA  
 REŠI ŽIVLJENJE (defibrilator + nasvet)

- Pristopam/va v program Doktor 24 Asistenca, v celoti sprejemam/va splošne pogoje poslovanja PZA d.o.o., Ljubljana in podajam/va izrecno soglasje za uporabo osebnih podatkov kot izhaja iz splošnih pogojev.  
 Strinjam/va se z uporabo osebnih podatkov z namenom obveščanja o novostih in storitvah ali tehničnih rešitvah in podobnih dejavnostih – ki jih ponuja izvajalec oziroma njegovi pogodbeni partnerji – zagotavljanja storitve: razčlenitev uporabnikov, statistične obdelave in obveščanje o ponudbah, neposredno trženje, vodenje analiz poslovanja.

Storitve po pogodbi bom/bova plačeval/a na naslednji način: (označite zeleno)

mesečno  polletno  letno

Želim, da mi račun pošljete tudi v papirni obliki.

Uveljavljam ugodnost \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

**PZA, d.o.o.**  
Direktor Vito Vidmar, dr. med.

Vidmar Vito  
**Doktor 24**  
ASISTENCA

Datum \_\_\_\_\_

Uporabnik \_\_\_\_\_  
(nosilec pogodbe) lastnoročni podpis

Uporabnik \_\_\_\_\_  
lastnoročni podpis

## Izpolnite v primeru takojšnje vključitve

Izjavljam/o, da želim/o postati uporabnik/i storitev Doktor 24 Asistenca **TAKOJ**.

Datum

Podpis

