**Obrazec 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| Podatki o delodajalcu:(naziv, naslov, ID za DDV) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Kontaktna oseba in kontaktni podatki:(ime in priimek, tel. oz. GSM, e-mail) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
| Število zaposlenih, ki bodo testirani in imajo stalno bivališče na območju Občine Komen: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Število zaposlenih, ki bodo testirani in nimajo stalnega bivališča na območju Občine Komen: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

IZJAVA:

Izjavljamo, da bomo krili 50% stroškov testiranja za zaposlene, ki nimajo stalnega prebivališča na območju občine Komen, neposredno Zdravstvenemu domu Sežana na podlagi prejetega računa.

Pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljamo, da so vsi navedeni podatki točni.

Kraj, datum: žig Podpis odgovorne osebe: