

ПРИЈАВА ДРЖАВНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

(Образац попунити штампаним словима. За тачност података подносилац пријаве одговара надлежном органу Коморе.)

Основни подаци о здравственој установи

Назив утврђен у складу са решењем о упису у регистар код надлежног органа: _____

Адреса: _____

Телефон: _____

Електронска пошта: _____

Делатност на основу решења министарства надлежног за послове здравља (шифра и назив): _____

Датум почетка обављања здравствене делатности утврђен решењем о упису у регистар: _____

Регистарски / Матични број: ПИБ:

Жиро рачун установе: _____

Оснивач здравствене установе

/Република, Покрајина, Град/ _____

(потпис и печат подносиоца пријаве)

Пријаву примио _____ дана _____ у

1. Београду
2. Новом Саду
3. Нишу
4. Крагујевцу
5. Косовској Митровици