

## ПРИЈАВА ПРИВАТНЕ 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

За приватне установе:

Презиме и име \_\_\_\_\_

ЈМБГ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Запослени лекари у установи

(У случају већег броја запослених лекара уз пријаву приложити спискове са доле наведеним подацима.)

Редовно запослени лекари:

| Презиме и име | ЈМБГ | Општина сталног боравка | Специјалност |
|---------------|------|-------------------------|--------------|
|---------------|------|-------------------------|--------------|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Запослени лекари на основу уговора о допунском раду:

| Презиме и име | ЈМБГ | Општина сталног боравка | Специјалност |
|---------------|------|-------------------------|--------------|
|---------------|------|-------------------------|--------------|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(потпис и печат подносиоца пријаве)

Пријаву примио \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_

1. Београду

2. Новом Саду

3. Нишу

4. Крагујевцу

5. Косовској Митровици