

ЗБИРНИ ИЗВЕШТАЈ О ОБЈЕКТИМА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

1.1. Назив здравствене установе:	_____																		
1.2. Место:	_____																		
1.3. Улица и број:	_____																		
1.4. Телефон и факс:	_____																		
1.5. Број пријава-одјава објеката:	_____																		

Датум достављања: _____

Потпис одговорног лица
