

**ZBIRNI IZVEŠTAJ O MEDICINSKOJ OPREMI OD NACIONALNOG
INTERESA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI**

1.1. Naziv zdravstvene ustanove:	□□□□□□□□ matični broj
1.2. Mesto:	□□□□□ poštanski broj
1.3. Ulica i broj:	
1.4. Telefon i faks:	
1.5. Ime i prezime direktora:	
1.6. E-mail adresa:	
1.7. Broj jedinica medicinske opreme od nacionalnog interesa ukupno:	
Od toga	- u funkciji:
	- van funkcije:
	- nepoznato:

Datum dostavljanja izveštaja: _____

**Potpis odgovorne osobe
za evidenciju med. opreme**

Potpis direktora