

NA ZIV FIRME: _____ ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE VALJEVO

ADRESA: _____

PIB _____

Registarski br. _____

Šifra delatnosti . _____

Matični broj _____

Obveznik PDV: DA - NE

PDV br. _____

Tek.rač. _____

Banka _____

Tel.fax. _____

Vladike Nikolaja br.5

PIB: 101899368

Reg.br. 17272543

Šifra del. 85142

Obav. PDV – DA

Br. 131373355

tek. Rač. 840-418667-83

banka UJP

tel.fax 014/237-056 i 242-595

ZAHTEV ZA SANITARNI PREGLED RADNIKA
/popuniti u 2 primerka/

R.br.	Ime i prezime	Cena	Broj protokola
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

Radnici su dužni da sanitarni pregled obave istog dana po zahtevu.
Plaćanje troškova ODMAH po ispostavljenoj fakturi.

Datum _____2008.g.

Podnosilac zahteva