

**PONUĐA ZA UGOVARANJE PRIPRAVNOSTI
U DJELATNOSTI HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Naziv **PRIPRAVNOST U DJELATNOSTI HIGIJENSKO**
djelatnosti: **-EPIDEMIOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Šifra
djelatnosti: **1090030**

Zdravstvena ustanova:
Šifra:
OIB:
Naziv:

Regionalni ured/područna služba HZZO:
Šifra:
Naziv:

Zdravstvena ustanova	Adresa	Ulica i kućni broj:	
		Poštanski broj i mjesto:	
Tel:		Fax:	E-pošta:

24 - satna pripravnost	Broj mobilnog telefona	
	Broj dr. spec.epidemiologije/javnog zdravstva koji sudjeluju u pripravnosti	

Datum i mjesto: _____

Potpis ravnatelja: _____