

PRIJAVA ZA UĀEŠĆE

na domaći kurs KE 1. kategorije za lekare pod nazivom:

PREZIME:
IME:
IME OCA:
OBLAST MEDICINE:
BR. LICENCE:
USTANOVA:
ADRESA:
TELEFON:
E-MAIL:
POPTPIS:
DATUM:

ADRESA ZA SLANJE PRIJAVE NA KURS:

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE ĆUPRIJA "POMORAVLJE" - ZA KURS
Ul. Miodraga Novakovića 78, 35230 Ćuprija