



**Obrazac za prijavu kandidata za
osnovnu obuku o sertifikaciji i akreditaciji zdravstvenih ustanova**

PODACI O KANDIDATU:

Ime i prezime: _____

tel: _____ e-mail: _____

adresa: _____

Ukoliko je za učesnika uplatu izvršila firma radi potpisivanja ugovora i izdavanja fakture, molimo
popunite slijedeće:

PODACI O FIRMI:

Naziv: _____

Adresa: _____ Direktor: _____

ID broj: _____

PDV broj: _____

tel/fax: _____ e-mail: _____

Termin Obuke za koji se kandidat prijavljuje (datum održavanja): _____

Za učesnika uplatio/la (označite odgovarajuće):

KANDIDAT

FIRMA

Radi **ograničenog broja učesnika**, popunjen obrazac sa dokazom o uplaćenju kotizaciji¹ (240,00KM)
poslati dan prije početka obuke na e-mail: ahalilagic@akaz.ba ili na fax: 033 771-880. Kontakt i
informacije možete dobiti na telefon: 033 771-874.

¹ kotizacija pokriva teorijska predavanja, praktične vježbe, materijale za obuku te osvježenje i ručak tokom obuke.

Primjer popunjene opće uplatnice:

Uplatio je (ime, adresa, i telefon) _____

Svrha doznake: _____

Uplata za
osnovnu obuku

Primalac/Primalac: _____

AKAZ - Agencija za kvalitet i
akreditaciju u zdravstvu u FBiH

Mjesto i datum uplate _____

Potpis i pečat
nalogodavaca: _____

Pečat Banke

Potpis ovlaštene osobe/lica: _____

Račun pošiljaoca/pošiljatelja _____

Račun primalca/primaoca 3|3|8|6|9|0|2|2|9|6|7|9|8|3|1|9

KM = 240.00 HITNO

samo za uplate javnih prihoda

Broj poreznog obveznika	_____	Vrsta uplate	_____
Vrsta prihoda	_____	Porezni period	
		Od	____/____/____
		Do	____/____/____
Općina	_____	Budžetska organizacija	_____
Poziv na broj	_____		