/Попунити читко штампаним словима/

_____
/пуни назив здравствене установе/

_____
/адреса - број телефона/

Број: _____

Датум: _____

На основу **ЈАВНОГ ПОЗИВА** за достављање листе кандидата за избор доктора на примарном нивоу здравствене заштите за 2024. годину, који је објављен у _____ дана _____, доставља се

Л И С Т А

кандидата за избор доктора медицине специјалисте педијатрије за подручје општине _____ .

Р/Б	Име и презиме	Звање-специјалност	Шифра доктора
1	2	3	4

Директор
здравствене установе

М.П. _____