

/Попунити читко штампаним словима/

_____ /пуни назив здравствене установе/

_____ /адреса - број телефона/

Број: _____

Датум: _____

На основу **ЈАВНОГ ПОЗИВА** за достављање листа кандидата за избор доктора на примарном нивоу здравствене заштите за 2023. годину, који је објављен у _____ дана _____, достављамо

Л И С Т А

**кандидата за избор доктора породичне медицине
за подручје општине _____.**

Р/Б	Име и презиме	ЈМБГ	Звање-специјалност	Шифра тима
1	2	3	4	5

**Директор
здравствене установе**

М.П. _____