|  |  |
| --- | --- |
|  | БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА  Брчко дистрикт Босне и Херцеговине  **ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА** |
| BOSNA I HERCEGOVINA  Brčko distrikt Bosne i Hercegovine  **FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANЈA** |

Вука С. Караџића 4, 76100 Брчко дистрикт БиХ, тел. +387 49 211 102; 216 344, факс 216 115, ИБ 4600222830003:

Vuka S. Karadžića 4, 76100 Brčko distrikt BiH, tel. +387 49 211 102; 216 344, faks 216 115, IB 4600222830003:

web: [www.fzobrcko.ba](http://www.fzobrcko.ba), E-mail: [fzobrcko1@teol.net](mailto:fzobrcko1@teol.net),

**П Р И Ј А В А**

**ЗА УЧЕШЋЕ ПО ЈАВНОМ ПОЗИВУ ЗА ИЗБОР ЧЛАНОВА СТРУЧНИХ КОМИСИЈА ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Назив стручне комисије | Комисија за праћење реализације пројекта  биомедицински потпомогнуте оплодње |
| 2 | Подносилац захтјева (презиме, име једног родитеља и име) |  |
| 3 | Мјесто и датум рођења |  |
| 4 | Адреса становања (улица, мјесто и поштански број) |  |
| 5 | Контакт телефон |  |
| 6 | E-mail адреса |  |
| 7 | Специјалност / субспецијалност гране медицине коју посједујете |  |
| 8 | Назив здравствене установе или институције у којој сте тренутно запослени |  |
| **Напомена:**  Непотпуне и непопуњене пријаве неће бити узете у разматрање.  Пријаву са документацијом из члана V Јавног позива, број: 015-180/8-47/25 од 16.05.2025. године, доставити у зграду Фонда, ул. Вука С. Караџића бр. 4, шалтер 6, најкасније до 20.06.2025. године, до 15:30 часова. | | |

**Потпис**

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_