



БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА
Брчко дистрикт Босне и Херцеговине
ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

BOSNA I HERCEGOVINA
Brčko distrikt Bosne i Hercegovine
FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

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, e-mail: fzobrcko1@teol.net

П Р И Ј А В А
ЗА УЧЕШЋЕ ПО ЈАВНОМ ПОЗИВУ ЗА УГОВАРАЊЕ ПРУЖАЊА УСЛУГА
БИМЕДИЦИНСКИ ПОТПОМОГНУТЕ ОПЛОДЊЕ, ФАЗА И ЗАХВАТА У ВЕЗИ СА
ПОСТУПКОМ БИМЕДИЦИНСКИ ПОТПОМОГНУТЕ ОПЛОДЊЕ ЗА ПОТРЕБЕ
ОСИГУРАНИХ ЛИЦА ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ

Назив установе: _____

Адреса (сједиште): _____

Идентификациони број: _____

Број пословних јединица и адресе: _____

Лице овлашћено за заступање: _____

Број телефона / факса и контакт е-маил: _____

Број жиро рачуна са називом пословне банке: _____

Напомена:

Све рубрике морају бити попуњене. У супротном, пријава се неће узети у разматрање. Пријаву са документацијом из члана 4 и 5 Јавног позива, број: 015-180/8-29/25 од 22.05.2025. године, доставити у затвореној коверти, путем поште на адресу Фонд здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, ул. Вука С. Караџића бр. 4 или лично у зграду Фонда, приземље (шалтер 6).

На коверти обавезно назначити назив и адресу подносиоца пријаве.

Одговорно лице

У Брчком, _____._____.2025. године

М.П.