



БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА
Брчко дистрикт Босне и Херцеговине
ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

BOSNA I HERCEGOVINA
Brčko distrikt Bosne i Hercegovine
FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Бука С. Карацића 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

PRIJAVA

ZA UČEŠĆE PO JAVNOM POZIVU ZA UGOVARANJE PRUŽANJA USLUGA
ASISTIRANE REPRODUKCIJE ZA POTREBE OSIGURANIH LICA
FONDA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA BRČKO DISTRIKTA BiH

Naziv ustanove: _____

Adresa (sjedište): _____

Identifikacioni broj: _____

Broj poslovnih jedinica i adrese _____

Lice ovlašćeno za zastupanje: _____

Broj telefona / faksa: _____

Broj žiro računa sa nazivom poslovne banke: _____

Napomena:

Sve rubrike moraju biti popunjene. U suprotnom, prijava se neće uzeti u razmatranje.

Prijavu sa dokumentacijom iz člana 3 i 4 Javnog poziva, broj: 015-180/8-62/19 od 05.07.2019. godine, dostaviti u zapečaćenoj koverti, putem pošte na adresu Fond zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH, ul. Vuka S. Karadžića br. 4 ili lično u zgradu Fonda, prizemlje (šalter 6).

Na koverti obavezno naznačiti naziv i adresu podnosioca prijave.

Odgovorno lice

U _____, _____, 2019. godine M.P.