

/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 2020. годину, који је објављен у _____ дана _____, достављамо

Л И С Т А
кандидата за избор доктора педијатра
за подручје општине _____.

[illegible]

**Директор
здравствене установе**

М.П.