**Obrazac prijave za izdavanje certifikata duplikata**

**o prisustvu na AKAZ edukaciji**

**Podaci podnosioca prijave:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ime i prezime: | |  | | | | |
| tel: |  | | | e-mail: |  | |
| adresa: |  | | | | |  |
| Datum, mjesto i vrsta obavljene edukacije: | | |  | | | |

**Ukoliko je podnosioc prijave zdrav. ustanova, molimo popunite slijedeće:**

**Podaci o firmi:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naziv: | |  | | | | | | |
| Adresa: | | |  | | | Direktor: | |  |
| ID broj: | | |  | | | | | |
| PDV broj: | | |  | | | | | |
| tel/fax: |  | | | | e-mail: | |  | | |
| |  |  | | --- | --- | | Datum, mjesto i vrsta obavljene edukacije: |  | | | | | | | | | | |
| Navesti imena:[[1]](#footnote-1) | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | mp |  |
| Potpis osobe koja je preuzela: |  | ovlaštena osoba AKAZ-a |

Popunjen obrazac sa dokazom o uplati (15,00KM, jedna prijava) poslati na e-mail: [melka.m@akaz.ba](mailto:melka.m@akaz.ba) ili na fax: 033 771-880. Kontakt i informacije možete dobiti na telefon: 033 771-874. Uvidom u evidenciju AKAZ izdaje certifikat i obavještava podnosioca o načinu preuzimanja.

AKAZ – Agencija za kvalitet i akreditaciju zdravstvu u FBiH, račun br.: 3386902296798319.

1. U slučaju da je zdrav. ustanova podnosioc zahtjeva, može navesti više imena u svrhu izdavanja certifikata (duplikata), u protivnom, prijava se odnosi samo na jednog podnosioca. [↑](#footnote-ref-1)