



Asocijacija privatnih
zdravstvenih ustanova
i privatnih praksi Srbije

PRISTUPNICA

(pun naziv ustanove/privatne prakse)

za članstvo u Asocijaciji privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi Srbije.

PIB ustanove:

Matični broj:

Broj apoteka u lancu (popunjavaju samo apoteke):

Broj laboratorija u lancu (popunjavaju samo laboratorije)*:

Kontakt telefon/ mejl:

Ovim putem izjavljujem da pristupam Asocijaciji privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi Srbije, te se obavezujem da ću delovati u skladu sa ciljevima i aktivnostima definisanim Strategijom Asocijacije.

Potpis:

(potpis zastupnika ustanove/privatne prakse, navedenog u Rešenju Agencije za privredne registre Republike Srbije).

Adresa _____

Datum _____

*Laboratorije koje posluju u lancu, treba da popune zasebnu pristupnicu za svaku pojedinačnu laboratoriju (svaka ima svoj zasebni PIB i matični broj)