



NARUDŽBENICA ZA PREGLED DJELATNIKA ZA SANITARNU ISKAZNICU

Broj narudžbenice: _____

Poslodavac/ime trg. društva/obrta: _____

Direktor/vlasnik: _____

Sjedište/adresa: _____

OIB: _____

Žiro račun: _____

Telefon/faks: _____

E-mail: _____

Djelatnik: _____

Ime i prezime

Način plaćanja:

- Gotovinskom uplatom na blagajni Zavoda na dan pregleda
- Virmanskom uplatom temeljem računa R1 u zakonskom roku

Mjesto i datum

Potpis i pečat naručitelja