



ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO
OSJEČKO-BARANJSKE
ŽUPANIJE

UPISNICA ZA
TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA
PO PROŠIRENOM PROGRAMU

Ime i prezime _____

Ime oca _____

Datum rođenja ,mjesto država _____

JMBG _____

OIB _____

Adresa stanovanja _____

Poduzeće _____

Adresa poduzeća _____

Profesija _____

Zanimanje _____

Do sada polagao tečaj

DA

NE