

Obrazac za prijavu preventivnih pregleda za sufinansiranje iz budžeta Kantona Sarajevo – Ministarstva zdravstva

1	Naziv	<p>Pružanje usluga za realizaciju preventivnih skrining programa na području Kantona Sarajevo za 2024. godinu - Program skrininga karcinoma grlića materice, karcinoma dojke, karcinoma prostate, karcinoma pluća i karcinoma debelog crijeva</p> <p>Puni naziv na koji se ZU prijavljuje:</p>
2	Podnosioc prijave	<p>.....</p> <p>Naziv podnosioca</p> <p>.....</p> <p>Organizacioni oblik podnosioca, pravno lice i sl</p> <p>.....</p> <p>Adresa</p> <p>.....</p> <p>Telefon, fax i e-mail</p> <p>.....</p> <p>Ime i prezime odgovorne osobe, funkcija</p> <p>.....</p> <p>Ime i prezime kontakt osobe, funkcija, telefon, e-mail</p>
3	Obrazloženje	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
4	Ciljevi	<p>.....</p> <p>Generalni (opći) cilj</p> <p>.....</p> <p>Posebni ciljevi</p>
5	Područje	<p>.....</p> <p>Mjesto realizacije, uža lokacija, općina, adresa</p>



6	Aktivnosti
7	Vremenski okvir Trajanje Trajanje aktivnosti po mjesecima
8	Pretpostavke
9	Rizici i fleksibilnost
10	Dodatne informacije

