



Bosnia and Herzegovina
Federation of Bosnia and Herzegovina
CANTON SARAJEVO
Ministry of Health

**OBRAZAC ZA PRIJAVU
UČEŠĆA U DODJELI NEUROMODULACIJSKIH ODIJELA**

za osobe oboljelih od neuromišićnih oboljenja

INFORMACIJE O PODNOSIOCU PRIJAVE

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Kontakt telefon:

Adresa i Općina prebivališta:

Grad/Država:

E-mail adresa:

Ja, _____, ovim potvrđujem tačnost navedenih podataka i saglasan/a sam da se rezultati javnog poziva objave na web stranici Ministarstva <http://mz.ks.gov.ba>, u okviru " Javni poziv za dodjelu neuromodulacijskih sa područja Kantona Sarajevo u 2024. godini".

Saglasan/a sam

