

**Prijavnica za radionicu**

Tvrtka	Ime i prezime kandidata
Adresa	Ime i prezime kandidata
Matični broj	Ime i prezime kandidata
Telefon	Potpis ovlaštene osobe
Fax	M.P.
<p>Ispunjenu Prijavnicu poslati faxom na : f. 01/3319-108 ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ZAGREBAČKE ŽUPANIJE Zagreb, Ul. Grada Vukovara 72/V</p>	