

ZDRAVSTVENA USTANOVA  
STOMATOLOŠKA AMBULANTA „DR PETROVIĆ“  
NIKOLE TESLE 12  
PRIJEDOR

MINISTARSTVO ZDRAVLJA I SOCIJALNE ZAŠTITE  
REPUBLIKE SRPSKE

**Z A H T J E V**  
**ZA UPIS U REGISTAR ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

Predmet zahtjeva	<i>Zahtjev za upis u registar zdravstvenih ustanova</i>	
Vrsta zdravstvene ustanove	<i>Stomatološka ambulanta</i>	
Ime i prezime direktora	<i>Zoran Petrović</i>	
Broj telefona	<i>052/426-231, 065/855-241</i>	
Broj faksa	<i>052/426-230</i>	
Internet adresa ZU	<i>drpetovic@gmail.com</i>	
Rješenje o ispunjenosti uslova za početak rada ZU	broj: <i>15/04-527/10</i> datum: <i>17.12.2010.</i>	
Rješenje o registraciji od nadležnog suda	broj: <i>023-0-Reg-12-002010</i> datum: <i>27.12.2010.</i>	
Ime i prezime zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika:	<i>Dr Zoran Petrović, Dr Gorana Savić, Radmila Mijić, Sanja Delić</i>	
Radno vrijeme ZU	radni dan: <i>09<sup>h</sup>-13<sup>h</sup> i 14<sup>h</sup>-18<sup>h</sup></i> subota: <i>09<sup>h</sup>-14<sup>h</sup></i>	
Prilozi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kopija o ispunjenosti uslova za početak rada ZU</li><li>• <b>Ovjerena kopija</b> rješena o registraciji od nadležnog suda</li><li>• Obrazac PD 3100 za zdravstvene radnike iz zdravstvene saradnike</li></ul>	

M.P. ZU

---

potpis i faksimil direktora