



NASTAVNI ZAVOD ZA
JAVNO ZDRAVSTVO
OSJEČKO - BARANJSKE
ŽUPANIJE

UPISNICA ZA
TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA
PO PROŠIRENOM PROGRAMU

Ime i prezime _____

Ime oca _____

Datum rođenja, mjesto država _____

Broj tel. _____

OIB _____

Adresa stanovanja _____

Poduzeće _____

Adresa poduzeća _____

Profesija _____

Zanimanje _____

Do sada polagao tečaj

DA

NE

Napomena: ispunjenu upisnicu poslati na e-mail: zz-epidemiologija@zzjosijek.hr