



NASTAVNI ZAVOD ZA  
JAVNO ZDRAVSTVO  
OSJEČKO - BARANJSKE  
ŽUPANIJE

UPISNICA ZA  
TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA  
PO OSNOVNOM 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](mailto:zz-epidemiologija@zzjosijek.hr)**