

**ZBIRNI IZVEŠTAJ O MEDICINSKOJ OPREMI OD NACIONALNOG  
INTERESA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI**

<b>1.1. Naziv zdravstvene ustanove:</b>	 <b>matični broj</b>
<b>1.2. Mesto:</b>	 <b>poštanski broj</b>
<b>1.3. Ulica i broj:</b>	
<b>1.4. Telefon i faks:</b>	
<b>1.5. Ime i prezime direktora:</b>	
<b>1.6. E-mail adresa:</b>	
<b>1.7. Broj jedinica medicinske opreme od nacionalnog interesa ukupno:</b>	
<b>Od toga</b>	- <b>u funkciji:</b>
	- <b>van funkcije:</b>
	- <b>nepoznato:</b>

**Datum dostavljanja izveštaja:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Potpis odgovorne osobe  
za evidenciju med. opreme**

\_\_\_\_\_  
**Potpis direktora**