

Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije



Predmet br:	_____
Datum prijema:	_____

Popunjava Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije

Obrazac popuniti štampanim slovima

Podnosilac zahteva:					
PIB:		Matični broj:		Kontakt osoba:	
Tel.:		Faks:		E-mail:	
Mesto i adresa:					

OBRAZAC
za izdavanje prepisa akata Agencije

Broj dokumenta čiji se prepis traži:	_____	Datum:	_____
--------------------------------------	-------	--------	-------

Obrazloženje:

--

Datum: _____

M.P.

Potpis odgovornog lica
