



JAVNA ZDRAVSTVENA USTANOVA DOM ZDRAVLJA ŽIVINICE

Alije Izetbegovića 17, Živinice, BiH; Tel: 035 560-400 Fax: 035 772-616; www.dz-zivinice.ba

PRIJAVNI OBRAZAC

IME (IME JEDNOG RODITELJA) PREZIME	
ADRESA	
BROJ TELEFONA	
E-mail	
STEPEN STRUČNE SPREME I ZVANJE	
KRATKA BIOGRAFIJA	
Naziv radnog mjesta za koje se provodi procedura prijema u radni odnos	

Mjesto: _____

PODNOŠILAC PRIJAVE

Datum: _____

* Obavezno dostaviti uredno popunjen i potpisan PRIJAVNI OBRAZAC