**Prijava za zaključivanje ugovora**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naziv zdravstvene ustanove** |  |
| **Adresa** |  |
| **Direktor/odgovorno lice zdravstvene ustanove** |  |
| **Kontakt telefon i e-mail** |  |
| **Broj rešenja Ministarstva zdravlja za obavljanje zdravstvene delatnosti i datum** |  |
| **Broj upisa u APR** |  |
| **Zdravstvena ustanova ima implementirane standarde kvaliteta (ukoliko DA navesti koje)** | **DA NE** |
| **Zdravstvena ustanova je akreditovana kod Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova** | **DA NE** |
| **Spisak laboratorija i mentora koji će biti uključeni u realizaciju studentske stručne prakse**(Ukoliko imate potrebe, dodati nove redove za unos podataka) |
| Naziv laboratorije u zdravstvenoj ustanovi | Adresa laboratorije | Kontakt telefon i/ili e-mail | Ime i prezime mentora | Broj licencementora |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |