

NAROČILNICA ZA IZPIS PODATKOV REGISTROV ZBORNICE LABORATORIJSKE MEDICINE SLOVENIJE

Naročnik

Naslov (poštna številka, poštni kraj)

.....

Telefon Telefax

Elektronska pošta

Matična številka Davčni zavezanec DA NE

Naročam izpis podatkov iz registra izvajalcev laboratorijske medicine:

Izpis podatkov potrebujem za (kratka obrazložitev):

Kontaktna oseba (ime in priimek)

Odgovorna oseba (ime in priimek)

Datum Štampiljka Podpis

Izpolnjeno naročilnico pošljite na naslov:
ZLMS, Dunajska cesta 22, 1000 Ljubljana