Деветомесечни извештај здравствених установа 2021

Изаберите филијалу, здравствену установу, упишите датум попуњавања, попуните податке о здравственој установи, попуните обрасце и податке сачувајте кликом на дугме САЧУВАЈ (назив документа треба да буде шифра установе)

Filijala:	03 КИКИНДА
Zdravstvena ustanova:	00203011 ДЗ КИКИНДА
Datum popunjavanja:	08.10.2021.

Naziv korisnika sredstava:	ДОМ ЗДРАВЉА КИКИНДА
Sediste:	КИКИНДА
Maticni broj:	08879583
PIB:	105228166
Broj podracuna:	840-811661-39

Dodatna Kontrola

Obrazac 5

Krv 1

K9OOSO

Krv 2a

OZPR

Krv 2b

Transferi

Direktna placanj

BO

SAČUVAJ

KRAJ

Filijala nije obavila dodatnu kontrolu!