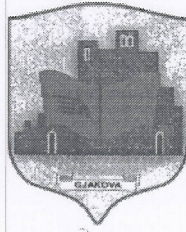


KUVENDI KOMUNAL
GJAKOVË



MUNICIPALITY OF
GJAKOVA

SKUPSTINA OPSTINA
DJAKOVICA

KËRKESË

Pëlqim për fillimin e procedurës së aplikimit për Licencim të Institucionit Privat Shëndetësor në nivelin e kujdesit parësor shëndetësor

Kërkesën e parashtron : Emri,(prindit),mbiemri _____

Numri personal _____ Vendi i lindjes _____ Adresa/tel/email _____

- Ambulancë e Mjekësisë Familjar Qendër e Mjekësisë Familjare
- Ambulancë Stomatologjis Ambulancë e Terapisë Fizikale
- Laborator stomatologjis

Vërejtje: Shënoni me X në katrorin përkatës llojin e Institucionit Privat Shëndetësor

Adresa e Institucionit Privat Shëndetëso

(të shënohet: emri i rruges Nr., Komuna)

Koment:

.....
.....
.....
.....
.....

Dëshmoj se informatat e dhëna në këtë formë janë të sakta.
Çdo informatë e pasaktë ka për pasojë tërheqjen e Liçencës.

Data: _____
Nënshkrimi _____
Vendi: _____

KUVENDI KOMUNAL GJAKOVË

DREJTORIA PËR SHËNDETËSI DHE MIRËQENJE SOCIALE

Postal address: Nëna Tereze Gjakovë, Kosovë
Tel: +381 390 22 270