**Захтјев за понављање поступка сертификације здравствене установе**

#### 1. Носилац сертификације (здравствена установа):

Назив установе:

Сједиште и адреса:

Телефон:

Телефакc:

E-mail:

Web- site:

Правни статус:

Датум стицања статуса сертификоване установе:

**2. Услуге које пружа установа:**

**3. Особа за контакт:**

Име, презиме и радно мјесто:

Телефон:

**4. Број организационих јединица установе које подлијежу сертификацији: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

**5. Укупан број запослених по организационим јединицама установе које подлијежу сертификацији:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

Датум, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Име, презиме и потпис овлашћеног лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.