

---

**PODNOŠILAC ZAHTEVA**

BROJ : \_\_\_\_\_

DATUM : \_\_\_\_\_

**JAVNA USTANOVA «SLUŽBA ZA ZAPOŠLJAVANJE  
KANTONA SARAJEVO» - SARAJEVO  
Ul. Đoke Mazalića 3 - Sarajevo**

**ZAHTEJ  
ZA UČEŠĆE U PROGRAMU SUFINANSIRANJA ZAPOŠLJAVANJA DOKTORA  
MEDICINE**

**I. Opći podaci o zdravstvenoj ustanovi**

1. Naziv ustanove \_\_\_\_\_

Sjedište (općina), ulica i broj \_\_\_\_\_

Identifikacijski broj

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Ovlaštena osoba \_\_\_\_\_

3. Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

4. Kontakt osoba \_\_\_\_\_

5. Datum i mjesto registracije \_\_\_\_\_

6. Potreban broj doktora medicine za sufinansiranje zapošljavanja \_\_\_\_\_

M P

\_\_\_\_\_  
(ime i prezime ovlaštene osobe i potpis)

**Dokumentacija uz zahtjev  
za učešće u Programu sufinansiranja zapošljavanja doktora medicine**

1. podnijeti aplikaciju u roku predviđenom u javnom pozivu,
2. uz aplikaciju priložiti: rješenje o registraciji u Kantonu Sarajevo, uvjerenje o poreskoj registraciji sa identifikacionim brojem, uvjerenje o izmirenim obavezama po osnovu poreza i doprinosa ne starije od 30 dana od dana objave javnog poziva (izdat od strane Porezne uprave Federacije Bosne i Hercegovine), uvjerenje o izmirenim obavezama poreza na dodatnu vrijednost ukoliko je podnosilac aplikacije PDV obveznik (izdat od strane Uprave za indirektno oporezivanje Bosne i Hercegovine) i broj računa u banci (ako je poslodavac budžetski korisnik šifra budžetskog korisnika), sve u originalu ili ovjerenoj fotokopiji.

**NAPOMENA POSLODAVCIMA:**

**Ugovore o radu ne zaključivati prije potpisivanja Ugovora o sufinansiranju sa JU  
«Služba za zapošljavanje Kantona Sarajevo» Sarajevo**