
(Podnosilac zahtjeva)

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

APLIKACIJA

za učešće u Programu sufinansiranja zapošljavanja medicinskog kadra u javne zdravstvene ustanove sa područja Kantona Sarajevo

1. PODACI O PODNOSIOCU ZAHTJEVA

- Naziv, sjedište i adresa _____

- tel/fax/e-mail i kontakt osoba _____

- šifra/vrsta djelatnosti _____

- identifikacioni broj _____

- ovlaštena osoba _____

- vlasništvo _____

- broj, datum i mjesto registracije _____

- poslovna banka i broj računa _____

- e-mail _____

- broj zaposlenih na dan podnošenja aplikacije _____

2. Broj nezaposlenih osoba koje se planiraju zaposliti po programu _____

MP

(potpis ovlaštene osobe)

(Podnosilac zahtjeva)

PRIJAVA
potreba za zaposlenicima sa evidencije
nezaposlenih

Redni broj	Opis poslova koje će obavljati sufinansirana osoba	Broj osoba	Stepen obrazovanja	Zanimanje	Mjesečna neto plaća
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

(mjesto i datum)

M.P

(potpis ovlaštene osobe)