



Zavod za zdravstveno varstvo Koper
Istituto per la tutela sanitaria di Capodistria



Vsak je svojega zdravja kovač

Vojkovo nabrežje 4/a
6000 Koper / Capodistria

tel. 386 7 56 39 850, fax 386 7 56 39 858
e-mail: info.zzv@kjp.si, kopr@kjp.si

POVABILO K ODDAJI PRIJAVE

Izpolniti (naziv in naslov pošiljatelja), označiti vrsto vloge, izrezati in nalepiti na ovojnico oz. ovitek!

Pošiljatelj (vlagatelj):	Prejem vloge - odtis prejemne štampiljke (izpolni prejemnik):
Prijava Sprememba Umik	Št. knjiženja:
Naziv javnega naročila: MATERIAL ZA VARNEJŠE INJICIRANJE	Podpis in žig pooblaščene osebe:
Oznaka JN: 09150509	
Rok za oddajo: 10.6.2009, do 12.00 ure.	Prejemik:
NE ODPIRAJ PRED POTEKOM ROKA!	ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO KOPER Vojkovo nabrežje 4/a, 6000 Koper