**Prijava za zaključivanje ugovora**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naziv zdravstvene ustanove** | |  | | |
| **Adresa** | |  | | |
| **Direktor/odgovorno lice zdravstvene ustanove** | |  | | |
| **Kontakt telefon i e-mail** | |  | | |
| **Broj rešenja Ministarstva zdravlja za obavljanje zdravstvene delatnosti i datum** | |  | | |
| **Broj upisa u APR** | |  | | |
| **Zdravstvena ustanova ima implementirane standarde kvaliteta (ukoliko DA navesti koje)** | | **DA NE** | | |
| **Zdravstvena ustanova je akreditovana kod Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova** | | **DA NE** | | |
| **Spisak laboratorija i mentora koji će biti uključeni u realizaciju studentske stručne prakse**  (Ukoliko imate potrebe, dodati nove redove za unos podataka) | | | | |
| Naziv laboratorije u zdravstvenoj ustanovi | Adresa laboratorije | Kontakt telefon i/ili e-mail | Ime i prezime mentora | Broj licence  mentora |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |