

НАЛОГ ЗА УПЛАТУ

уплатилац

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ УЧЕНИКА
АДРЕСА СТАНОВАЊА

сврха уплате

ЛЕКАРСКО УВЕРЕЊЕ

прималац

ДОМ ЗДРАВЉА ЗЕМУН
РАДА КОЊУЧАРА 46

печат и потпис уплатиоца

место и датум пријема

шифра
плаћања

валута

РСД

износ

= 363,00

рачун примаоца

840-626667-84

број
модела

позив на број (одобрење)

датум валуте