

*(Naziv i adresa zdravstvene ustanove koja prijavljuje radno vreme)*

**GRAD NOVI SAD**

**GRADSKA UPRAVA ZA ZDRAVSTVO**  
**Novi Sad, Žarka Zrenjanina 2**

**OBAVEŠTENJE O RADNOM VREMENU**

Po članu 75. Zakona o zdravstvu Srbije obaveštavam Vas da *(Naziv zdravstvene ustanove)*  
Radi po sledećem radnom vremenu: *(radno vreme zdravstvene ustanove)*

*(naziv i potpis pošiljaoca)*

*(Mesto, datum)*