

До
Министерство за здравство
Државен санитарен и здравствен инспекторат
Подрачно одделение _____

Б А Р А Њ Е

Од _____,
со седиште на ул. _____,
во _____, тел. бр. _____,

застапувано од лицето _____, Л.К. _____,
ЕМБГ: _____,

Бараме да ги утврдите минималните санитарно-хигиенски услови во деловниот
простор, кој се наоѓа на ул. _____,
во _____, за вршење на дејноста

во _____

_____ 20__ година.

Барател,

Прилог:

-Фотокопија од документите за регистрација на правниот субјект;

-Уплатница/образец ПП-50/ во износ од 2.000,00 денари, пополнета по следново упатство

Цел на дознаката: **Трошоци за инспекциски надзор**

Назив на примачот: **Трезорска сметка, Државен санитарен и здравствен инспекторат**

Банка на примач: **Народна банка на РМ**

Сметка: **10000000063095**

Сметка за буџетски корисник, единка на корисник: **1900262227 631 17**

Приходна шифра и програма: **723819-19**

- Уплата од 450,00 денари пополнета по следно упатство:

Цел на дознаката: **Административни такси**

Назив на примачот: **Трезорска сметка - Буџет на РМ**

Банка на примач: **Народна банка на РМ**

Сметка: **10000000063095**

Уплатна сметка: **840 XXX 03161** (напомена: наместо XXX треба да стои ознаката на општината)

Приходна шифра и програма: **722 313 00**