

# НАЛОГ ЗА УПЛАТУ

уплатилац

Ваше име и презиме  
Улица, број и град

сврха уплате

Котизација за електронски тест  
“Антикоагулантни лекови”

прималац

Медицинско друштво за рационалну терапију  
Републике Србије - МЕДРАТ, Крагујевац

печат и потпис уплатиоца

место и датум пријема

шифра  
плаћања

валута

износ

5000,00

рачун примаоца

180-5001210019328-57

модел и позив на број (одобрење)

датум валуте