**А. Формулар за доставување на контакт информации** за вклучување во

**Прекуграничен Здравствен Каталог**

|  |  |
| --- | --- |
| Назив на установата: |  |
| Вид на установата:(јавна/приватна): |  |
| Адреса за комуникација(населено место, улица, број): |  |
| Телефон: |  |
| Факс: |  |
| E-mail: |  |
| Веб страна: |  |
| Лице за контакт: |  |
| Опис на дејноста/услуги: |  |
| Број на вработени:  |  |
| Персонал:(Име, презиме, титула, тел и е-маил) |  |