

Fleta shoqëruese e formularëve të aparaturave mjekësore

Data: ____/____/____

Emri i institucionit:

NIPT:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Person kontakti/Inxhinieri/Tekniku:

Telefon:

Email:

Numri total i formularëve të plotësuar:

TITULLARI I INSTITUCIONIT

(emri, mbiemri, firma, vula)