

uplatilac

**Vaše ime, prezime i adresa**

svrha uplate

**Uplata kotizacije za IV simpozijum  
o retkim bolestima UPPS**

primalac

**UDRUŽENJE ZA PREVENTIVNU PEDIJATRIJU  
BUL.DOKTORA ZORANA ĐINĐIĆA 48  
18000 NIŠ**

pečat i potpis uplatioca

mesto i datum prijema

Šifra  
plaćanja

**289**

valuta

**RSD**

iznos

NALOG ZA UPLATU

**IZNOS**

račun primaoca

**160-392631-54**

model i poziv na broj (odobrenje)

**broj licence**

datum valute

obrazac br. 1