

# НАЛОГ ЗА УПЛАТУ

УПЛАТИЛАЦ

**Zoran Ilić  
Počekovina b.b**

СВРХА УПЛАТЕ

**Uplata za kurs: Kašalj - glavni simptom bolesti disajnog sistema**

ПРИМАЛАЦ

**Udruženje za razvoj medicinskih edukacija i  
menadžmenta MedScape Beograd,  
Ul. Čingrijina br.5, 11 000 Beograd**

ПЕЧАТ И ПОТПИС УПЛАТИОЦА

МЕСТО И ДАТУМ ПРИЈЕМА

ШИФРА  
ПЛАЋАЊА

ВАЛУТА

ИЗНОС

**500.00**

РАЧУН ПРИМАОЦА

**340-11017222-44**

БРОЈ  
МОДЕЛА

ПОЗИВ НА БРОЈ (ОДОБРЕЊЕ)

**20211107-30533-103**

ДАТУМ ВАЛУТЕ