

# НАЛОГ ЗА УПЛАТУ

УПЛАТИЛАЦ

**Zorana Kizić**  
**Pazinska 11**

СВРХА УПЛАТЕ

**Uplata za kurs: Značaj prevencije i terapije nedostatka vitamina D3**

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)

**20231108-44518-162**

ДАТУМ ВАЛУТЕ