

**Obrazac br. 2** - Podaci o prijavi na II. Javni poziv za financiranje javnih potreba u zdravstvenoj zaštiti Općine Lovran za 2024. godinu

<b>Vrsta Programa/usluge/pregleda</b> (nudi li ponuditelj sve tražene programe/usluge/preglede ili samo određene)
<b>Broj korisnika koji će se moći uključiti</b>
<b>Lokacija pregleda</b>
<b>Dinamika i dostupnost Programa/usluge/pregleda</b> (dnevno, tjedno, mjesečno / ujutro, popodne, dvokratno, svaki dan različito)
<b>Lista čekanja termina</b> (u kojem roku su dostupni termini)
<b>Dodatne ponude</b> (ukoliko ih ima)
<b>Troškovi</b> (Specificirati cijenu pojedinačnog pregleda sa uključenim PDV-om i bez PDV-a, ukupna cijena)
<b>Napomena</b> (ukoliko ih ima)
<b>Datum:</b> <b>2024.</b>

MP

Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje:

---