

**Образац 2 специјалистичка. ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ АНКЕТИ У СТАЦИОНАРНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ
УСТАНОВАМА**

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: _____

ДАТУМ АНКЕТЕ: _____

Амбулантно- специјалистичка служба у болници	Број пацијената на дан анкете	Број подељених упитника
УКУПНО		

ДАТУМ

ДИРЕКТОР