

уплатилац

IME I PREZIME
ADRESA I MESTO UPLATIOCA

сврха уплате

Kotizacija za elektronski test
Naziv testa

прималац

MEDICINSKI FAKULTET
NOVI SAD

печат и потпис уплатиоца

место и датум пријема

шифра
плаћања

121

валута

износ

= 1000,00

рачун примаоца

840-1633666-55

број
модела

позив на број (одобрење)

291500-REDNI BROJ TESTA

НАЛОГ ЗА УПЛАТУ