Predložak adresiranja paketa/omotnice

*(Ispunite tražene podatke te izrežite i nalijepite na zatvoreni paket/omotnicu)*

**POŠILJATELJ**

**Naziv prijavitelja:**

**Adresa prijavitelja:**

 **PRIMATELJ**

**Ministarstvo zdravstva**

**Ksaver 200a, 10000 Zagreb**

 **Poziv na dodjelu bespovratnih financijskih sredstava**

**Vraćanje u uporabljivo stanje infrastrukture u području zdravstva na području Sisačko-moslavačke županije, Zagrebačke županije, Grada Zagreba, Karlovačke županije, Krapinsko-zagorske županije, Varaždinske županije, Međimurske županije, Brodsko-posavske županije, Koprivničko-križevačke županije i Bjelovarsko-bilogorske županije**

Referentni broj Poziva:

 **Naznaka: „NE OTVARATI– PRIJAVA NA POZIV NA DOSTAVU PROJEKTNIH PRIJEDLOGA“**