

**НЕНАПЛАЋЕНА ПОТРАЖИВАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ НА ДАН
31.12.2021. ГОДИНЕ**

ФИЛИЈАЛА: 03 КИКИНДА

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА: 00203009 ЗЈЗ КИКИНДА

(У хиљадама динара)

| Ред. бр. | Конто | НАЗИВ | 31.12.2021. |
|----------|------------|--|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 122100 | Потраживања по основу продаје и друга потраживања (1+2+3+4+5+6+7) | 32.805 |
| 1 | део 122100 | Од РФЗО | 21.735 |
| 2 | део 122100 | Од Фонда за социјално осигурање војних осигураника | |
| 3 | део 122100 | Од Фонда здравства Црне Горе | |
| 4 | део 122100 | Од Фонда здравства Републике Српске | |
| 5 | део 122100 | Од Дистрикта Брчко | |
| 6 | део 122100 | Од других здравствених установа | 1.596 |
| 7 | део 122100 | Остала потраживања | 9.474 |

Напомена: Подаци у овом образцу морају бити сложени са подацима у БИЛАНСУ СТАЊА

ПОДАЦИ О УКУПНОМ БРОЈУ ЗАПОСЛЕНИХ РАДНИКА

| Период | Укупан број запослених радника | | | Укупан број запослених на бази остварених часова рада |
|-------------|--------------------------------|---------------|--------|--|
| | На одређено | На неодређено | Укупно | |
| 1 | 2 | 3 | 4=2+3 | 5 |
| 31.12.2020. | 2 | 59 | 61 | 59 |
| 31.12.2021. | 2 | 59 | 61 | 60 |

ОБРАЗАЦ ПОПУНИО:

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ:

Телефон: _____