

 (Остали – посебни корисник јавних средстава)

ЗАХТЕВ

Осталих – посебних корисника јавних средстава за брисање из Евиденције корисника јавних средстава

ЈБ КЈС и назив ОПКЈС – подносиоца захтева _____

Место – седиште ОПКЈС _____

Адреса ОПКЈС _____

Телефон _____ Телефакс _____ E-mail _____

Делатност ОПКЈС _____
 (шифра) (опис)

Матични број ПИБ

Тип корисника јавних средстава:

– Ознака типа КЈС – 8 – Остали – посебни корисник јавних средстава

Основ за брисање ОПКЈС _____

Печат и потпис овлашћеног лица ОПКЈС

У _____
 дана _____