

IME I PREZIME:

OIB:

ADRESA/TEL/MAIL:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ . godine

 **SREDNJA MEDICINSKA ŠKOLA**

 **SLAVONSKI BROD**

 **n/p predsjednik Školskog odbora**

 **ZAMOLBA**

 **ZA PRISUSTOVANJE SJEDNICI ŠKOLSKOG ODBORA SREDNJE MEDICINSKE ŠKOLE,**

 **SLAVONSKI BROD**

 **ZAKAZANE ZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Obrazac pošaljite na mail adresu Srednje medicinske škole, Slavonski Brod sms@ss-medicinska-sb.skole.hr uz napomenu: zamolba za prisustvovanje sjednici Školskog odbora. Po zaprimanju Vašeg obrasca obavijestit ćemo Vas o mogućnosti sudjelovanja na sjednici Školskog odbora.