Општа болница „Др Лаза К. Лазаревић“  
Попа Карана 4, Шабац  
Комисија за пријем донација

ПИСМО О НАМЕРАМА

Поштовани,

Обраћам Вам се овим писмом, јер бисмо желели да донирамо следеће:  
☐новац☐робу☐услуге/радове☐хартије од вредности☐имовинскла и друга права Вашој установи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Редни број** | **Тачан назив добра/услуге** | **Вредност без ПДВ-а** | **Вредност са ПДВ-ом** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  | **УКУПНА ВРЕДНОСТ ДОНАЦИЈЕ** |  |  |

Трошкове ПДВ-а сноси : ☐Донатор ☐ Прималац донације

|  |
| --- |
| **Подаци физичког лица даваоца донације** |

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме |  |
| Адреса |  |
| Број личне карте |  |
| ЈМБГ |  |
| Својеручни потпис |  |

У граду, дана, године

**НАПОМЕНА:** ПИСМО О НАМЕРАМА ТРЕБА ДА САДРЖИ ИЗЈАВУ О ТОМЕ ДА ЛИ ТРОШКОВЕ ПДВ-А СНОСИ ДОНАТОРИЛИ НЕ.   
НЕОПХОДНО ЈЕ ДА ПИСМО О НАМЕРАМА БУДЕ ПОТПИСАНО И ОВЕРЕНО ПЕЧАТОМ ПРАВНОГ ЛИЦА.