

**ИЗЈАВА**  
**О ИСПУЊЕНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛОВА**

\_\_\_\_\_,из \_\_\_\_\_,  
улица \_\_\_\_\_, број \_\_\_\_\_, подносилац  
захтева за одређивање категорије објекта у Сокобањи, у улици  
\_\_\_\_\_ број \_\_\_\_\_, изјављујем да  
испуњавам здравствене услове и да ћу редовно обављати здравствене прегледе у  
складу са законом којим се уређује здравствена заштита а који су прописани чланом  
33. Закона о угоститељству („Службени гласник РС”, број 17/19).

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

**ДАВАЛАЦ ИЗЈАВЕ**

\_\_\_\_\_