

**за вработени
инвалидни лица**

ДО
УПРАВНИОТ ОДБОР НА
АГЕНЦИЈАТА ЗА ВРАБОТУВАЊЕ
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
СКОПЈЕ

ПРЕКУ:
ЦЕНТАРОТ ЗА ВРАБОТУВАЊЕ

Б А Р А Њ Е

за доделување средства од Посебниот фонд
за работно оспособување на *вработени инвалидни лица*
(го пополнува работодавецот)

1. Основни податоци за работодавецот (задолжително да се пополни сите позиции)

- Полн назив на правното лице _____;
- Лице за контакт _____;
- Основач _____;
- Управител _____;
- Адреса _____;
- Телефон-факс _____;
- Датум на прва регистрација и пререгистрација _____;
- Датум на отпочнување на вршење на дејност _____;
- Број на деловниот субјект (БДС) _____;
- Шифра на дејност и гранка _____;
(описно да се наведе шифрата на дејност) _____;
- Жиро сметка _____;
- Даночен број _____;
- Банка депонент _____;

