

UČESTVUJTE U KAMPANJI "OSTAVI I POBEDI" 2010. I OSVOJITE 50.000 DINARA!

KO MOŽE DA OSVOJI NAGRADU:

1. Pušač koji želi odmah da prestane sa pušenjem
2. Nepušač koji podržava pušača da prestane sa pušenjem

Ako ste pušač, da biste učestvovali u osvajanju nagrade treba da ste stari najmanje 18. godina, da svakodnevno pušite najmanje godinu dana, i, što je najvažnije, **DA ŽELITE DA PRESTANETE SA PUŠENJEM!**

Potrebno je da:

a) popunite i pošaljete/dostavite prijavni listić najkasnije do 30. aprila 2010. godine svom domu zdravlja ili okružnom institutu/zavodu za javno zdravlje (prijave možete naći i na šalterima i internet adresama ovih ustanova) i

b) prestanete da pušite odmah po slanju prijave i ne pušite najmanje 4 nedelje tokom maja meseca!

Ako ste nepušač i želite da pružite podršku i pomognete pušaču da ostavi pušenje, potrebno je da popunite i pošaljete/dostavite prijavni listić najkasnije do 30. aprila 2010. godine svom domu zdravlja ili okružnom institutu/zavodu za javno zdravlje (prijave možete naći i na šalterima i internet adresama ovih ustanova).

PRIJAVNI LIST ZA PUŠAČA

IME I PREZIME: _____
datum rođenja: _____

(dan, mesec, godina)

ulica i broj: _____
mesto: _____ tel: _____
mobilni tel.: _____ email: _____

BROJ DNEVNO POPUŠENIH CIGARETA: _____

DA LI STE RANIJE POKUŠALI DA OSTAVITE PUŠENJE? nikada
da, koliko puta _____

PUŠAČKI STAŽ (broj godina pušenja): _____

**Potvrđujem učešće u kampanji "OSTAVI I POBEDI"
u skladu sa pravilima.**

Datum _____ Svojeručni potpis _____

PODACI O SVEDOKU

IME I PREZIME: _____
ulica i broj: _____
mesto: _____ tel.: _____
mobilni: _____ email: _____

PRIJAVNI LIST ZA OSOBU KOJA PODRŽAVA PUŠAČA DA OSTAVI PUŠENJE

**PRAVO NA UČEŠĆE IMAJU
ISKLUČIVO NEPUŠAČI!**

IME I PREZIME: _____
datum rođenja: _____
(dan, mesec, godina)

ulica i broj: _____
mesto: _____ tel. _____
mobilni tel.: _____ email: _____

**PODACI O OSOBI KOJU PODRŽAVATE,
A KOJA SE PRIJAVILA ZA TAKMIČENJE**

IME I PREZIME: _____

Datum _____ Svojeručni potpis osobe koja podržava _____