

**ЗА ПОСЛОДАВЦА- ДОСТАВЉАЊЕ ИЗВЕШТАЈА О ПОВРЕДИ НА РАДУ**

\_\_\_\_\_  
(назив послодавца)

\_\_\_\_\_  
(адреса)

\_\_\_\_\_  
(деловодни број)

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ**  
**ФИЛИЈАЛА \_\_\_\_\_**  
**ИСПОСТАВА \_\_\_\_\_**

ПРЕДМЕТ: Достављање Извештаја о повреди на раду

Достављамо вам на даљи поступак 5 (пет) примерака Обрасца Извештаја о  
повреди на раду за \_\_\_\_\_, запосленог у  
(име и презиме запосленог)

\_\_\_\_\_  
(назив послодавца)

**НАПОМЕНА:** Запослени има изабраног лекара у дому здравља \_\_\_\_\_.

Прилог: као у тексту

М.П.

Овлашћено лице  
послодавца  
\_\_\_\_\_