

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
