

Образац 2.

(послодавац)

(адреса)

(датум)

(матични број јединственог регистра)

(шифра делатности)

(број упута)

УПУТ ЗА ЦИЉАНИ ОФТАЛМОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

Упућује се на циљани офталмолошки преглед _____,
(име, очево име и презиме)
_____, рођен/а _____ године у _____,
(ЈМБГ) (место рођења и општина)

по занимању _____, који/а ради на радном месту _____
(назив занимања)

_____, ради утврђивања корективних средстава која одговарају
(назив радног места)

пословима који се обављају.

При прегледу вида обављеном _____
(дан, месец и година)

у здравственој установи _____
(назив здравствене установе)

предложено је да се обави циљани офталмолошки преглед.

Кратак опис послова на радном месту: _____

Послодавац

(Овлашћено лице)