

## 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 пословима који се обављају.

(назив радног места)

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(М.П.)

Послодавац

\_\_\_\_\_

(Овлашћено лице)