

Послодавац

Пуни назив подносиоца Захтјева _____

Адреса _____

Контакт телефон _____

E-mail _____

Контакт особа послодавца

(Име и презиме, контакт телефон, e-mail) _____

ФОНДУ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Сектор за здравство и контролу

Здраве Корде 8

78000 БАЊА ЛУКА

ЗАХТЈЕВ

за ванредну оцјену привремене неспособности за рад осигураника

У складу са Правилником о остваривању права на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад подносим Захтјев за ванредну оцјену привремене неспособности за рад нашег **радника**:

Име и презиме радника _____

Име једног родитеља _____

ЈМБГ _____

Адреса становања _____

Контакт телефон _____

Подаци о овлашћеном доктору породичне медицине (из обавијести послодавцу или извјештаја о трајању привремене неспособности за рад):

- име и презиме _____

- здравствена установа _____

Захтјев подносимо из сљедећих разлога:

и у смислу наведеног прилажемо сљедећу документацију (копије):

- _____

- _____

- _____

Мјесто и датум

Одговорно лице

М.П.

Напомена:

Послодавац је обавезан да унесе све тражене податке. _____