

**Образац ЗОР- X**

\_\_\_\_\_  
(Назив здравствене установе)

\_\_\_\_\_  
(Седиште)

Број: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

**ПОТВРДА  
О НАСТУПАЊУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД ЗАПОСЛЕНОГ  
У СМИСЛУ ПРОПИСА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ**

Запослени \_\_\_\_\_, рођен \_\_\_\_\_,  
(Име и презиме) (Датум рођења)

лични - матични број

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

у радном односу код \_\_\_\_\_,  
(Назив послодавца)

\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(Место)

\_\_\_\_\_ (Улица и број)

привремено је спречен за рад, у смислу прописа о здравственом осигурању, почев од \_\_\_\_\_,  
(Датум)

из разлога \_\_\_\_\_  
(Основ привремене спречености за рад - дијагноза МКБ)

Очекује се да ће привремена спреченост за рад запосленог трајати до \_\_\_\_\_ године.  
(Датум)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(Потпис и факсимил лекара)