

Образац 2.

_____	_____
(послодавац)	(матични број јединственог регистра)
_____	_____
(адреса)	(шифра делатности)
_____	_____
(датум)	(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)