

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR	Broj osigurane osobe
Ime i prezime	
Broj obveze	

Naziv zdravstvene ustanove trgovačkog društva ili ordinacije privatne prakse i mjesto

OBAVIJEST IZABRANOM DOKTORU O UTVRĐENOJ PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Nalazi se na bolovanju od do i dalje

zbog

Šifra uzroka bolovanja

Šifra MKB

Ova obavijest izdaje se sukladno članku 16. Zakona o zdravstvenom osiguranju zaštite na radu, radi obračuna naknade plaće u skladu s Pravilnikom o pravima.

Datum

M.P.

Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada