

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

**П О Т В Р Д А**  
**О НАСТАВКУ ЛИЈЕЧЕЊА У ВЕЗИ СА ПРИЈАВОМ О ПОВРЕДИ**

ЕВИДЕНЦИОНИ БРОЈ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ године

- УПОТРЕБА МОТОРНОГ ВОЗИЛА
- ШТЕТНА РАДЊА ДРУГОГ ЛИЦА
- ПОВРЕДА НА РАДУ  
(означити)

Име и презиме осигураног лица	ЈМБ	Адреса пребивалишта и контакт телефон
Дијагноза по МКБ:		
Датум, мјесто и вријеме настанка повреде:		
Осигурано лице упућено на даље лијечење: <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА _____ (навести установу)		

\_\_\_\_\_  
Потпис овлашћеног лица

М.П.