

088	148687368
Područni ured	Broj osigurane osobe MB HZZO-a
Želimir Uršulin	
Ime i prezime	
0 3 8 4 2 3 2 0 7 5 2	M
(OIB)	Spol
U-10	15.10.1961
Broj osobnog kartona	Datum rođenja

2. Poslodavcu

Šifra ordinacije 2 0 6 6 2 2 0 6 6 7

Šifra izabranog doktora medicine 0 1 5 1 4 6 7

POTVRDA O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Izjavljujem da sam na osnovi pregleda zaposlenika utvrdio potrebu bolovanja zbog:

Dg: _____

Šifra uzroka bolovanja A0 Prvi dan nesposobnosti 28.12.2021 Očekivano trajanje bolovanja 30 dana

Bolovanje prema preporuci doktora spec. DA NE Šifra doktora specijaliste Šifra zdravstvene ustanove

Ivanec 30.12.2021 Datum M.P. Ivica Rogina, dr. med.

Potpis i faksimil doktora medicine

