



СИНДИКАТ РАДНИКА



ЕЛЕКТРОПРИВРЕДЕ СРБИЈЕ



ЕД "ЦЕНТАР" КРАГУЈЕВАЦ

П Р И Ј А В А

ЗА КОРИШЋЕЊЕ БАЊСКОГ ЛЕЧЕЊА

ЕПС	ОДС					
Заокружи		Име и презиме	САП број у фирми			
Радно место запосленог			Службени телефон			

Број особа које користе бању:

(Уписати себе под редним бр. 1, а потом особе које финансирају)

Р.б	Име и презиме	ЈМБГ	БРЛК	АДРЕСА
1.				
2.				
3.				

Време коришћења бањског лечења (у периоду од 09.04. до 30.06. или од 01.09. до 15.11.2018):

ПРВИ ПРЕДЛОГ:	од:		до:	
РЕЗЕРВНИ ПРЕДЛОГ:	од:		до:	

Смештај (заокружити редни број) :

1.	двокреветна соба
2.	једнокреветна соба уз доплату

Повреда на раду (заокружи) : ДА НЕ**Теже обољење (заокружи) : ДА НЕ**

Датум подношења захтева:

Подносилац захтева:

_____ год.

Уз Пријаву приложити налаз лекара специјалисте, са дијагнозом болести запосленог и препоруком у коју бању запослени треба да се упути. (Пријаве без лекарског налаза неће бити разматране).