

Obrazac 10
EVIDENCIJA O IZVRŠENIM PREGLEDIMA I ISPITIVANJIMA SREDSTAVA I OPREME ZA LIČNU ZAŠTITU NA RADU

Poslovno ime ili firma radnje poslodavca	Adresa sedišta poslodavca	PIB poslodavca
--	---------------------------	----------------

Redni broj	Podaci o sredstvu i opremi za ličnu zaštitu na radu čiji je pregled, odnosno ispitivanje izvršeno (vrsta, fabrički broj, godina proizvodnje, i dr.)	Datum pregleda, odnosno ispitivanja	Datum sledećeg pregleda, odnosno ispitivanja	Potpis lica koje je izvršilo pregled, odnosno ispitivanje	Napomena
1.					
2.					

Lice za bezbednost i zdravlje na radu	M.P.	Poslodavac
---------------------------------------	------	------------