

Obrazac 9
EVIDENCIJA O IZVRŠENIM PREGLEDIMA I ISPITIVANJIMA OPREME ZA RAD

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

Redni broj	Podaci o opremi za rad čiji je pregled, odnosno ispitivanje izvršeno (vrsta, fabrički broj, godina proizvodnje, lokacija i namena)	Broj stručnog nalaza	Datum pregleda, odnosno ispitivanja	Datum sledećeg pregleda, odnosno ispitivanja	Napomena
1.					
2.					
3.					

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