

Izbor / promjena doktora specijaliste  
medicinske rada



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Regionalni  
ured \_\_\_\_\_  
Područna  
služba \_\_\_\_\_ naziv \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_

**I. PODACI O PRAVNOM SUBJEKTU ( POSLODAVCU ) / OSOBI KOJA OBAVLJA DJELATNOST OSOBNIM RADOM**

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	<b>PRAVNI SUBJEKT ( poslodavac )</b>	Naziv pravnog subjekta / fizičke osobe				
		Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)				
		OIB poslodavca		Ovlaštena osoba		
		Broj obveze obveznika				
		Telefon		Fax	E - mail	
		Vrsta i grana djelatnosti i šifra (NKD)				
		Mjesto rada	Broj zaposlenih radnika	Broj radnika na posebnim uvjetima rada	Prosječan broj sezonskih radnika	Prosječan broj sezonskih radnika na posebnim uvjetima rada
<b>UKUPNO:</b>						
_____ Datum i mjesto		_____ Potpis i pečat ovlaštene osobe poslodavca				

**II. PODACI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU**

<b>ZDRAVSTVENA USTANOVA / privatni zdravstveni radnik</b>	Naziv				
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)				
	OIB	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika		_____	
	Telefon	Fax	E - mail		
Adresa podružnice					
Redni broj	Ime i prezime specijaliste medicine rada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara		
1.					
_____ Datum i mjesto		_____ Potpis i faksimil doktora spec. med. rada			

**III. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA**

a) Razlog izbora / promjene (ispunjava poslodavac)

Šifra razloga\*

.....  
Potpis ovlaštene osobe poslodavca

..... M.P.  
..... 201 ..... g.

**IV. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA**

	Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca	Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada
Šifra razloga*	Naziv razloga izbora / promjene doktora specijaliste medicine rada	
22	Prvi izbor – novoosnovani poslodavac	
23	Prvi izbor – neopredijeljeni poslodavac	
24	Promjena / izbor unutar roka od godine dana - promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca obzirom na županiju odnosno grad	
25	Promjena / izbor unutar roka od godine dana - prestanak rada izabranog doktora specijaliste medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda ili promjena lokacije rada	
26	Promjena / izbor unutar roka od godine dana - povreda ugovornih obveza doktora specijaliste medicine rada	
29	Promjena nakon isteka godine dana	
30	Promjena unutar roka od godine dana zatražena od poslodavca zbog narušenih odnosa s nadležnim doktorom specijalistom medicine rada	

**V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA**

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured ili Područna služba .....

Suglasan s izborom / promjenom \*\*DA - NE

..... 201 ..... g. M.P. Potpis ovlaštene osobe Zavoda

Tiskanica se popunjava u (4) četiri primjerka: za poslodavca, novoizabranog doktora specijalistu medicine rada, dosadašnjeg doktora specijalistu medicine rada i Zavod. Poslodavac i izabrani doktor specijalist medicine rada odgovorni su pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke

\* - Upisati šifru razloga  
\*\* - Zaokružiti odgovarajuće