

Izbor / promjena doktora specijalista
medicinerada



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Regionalni

ured _____

Područna

služba _____

naziv

šifra

--	--	--	--

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

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

II. PODACI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU

ZDRAVSTVENA USTANOVA / privatni zdravstveni radnik	Naziv														
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)														
	OIB			Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Telefon		Fax	E - mail												
Adresa podružnice															
Redni broj	Ime i prezime specijalista 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 SPECIJALISTA MEDICINE RADA

a) Razlog izbora / promjene (ispunjava poslodavac)		Šifra razloga* <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
.....	 Potpis ovlaštene osobe poslodavca		
.....		M.P.		
..... 201 g.				

IV. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

..... Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca	 Potpis i faksimil doktora specijalista medicine rada
Šifra razloga*	Naziv razloga izbora / promjene doktora specijalista medicine rada	
22	Prvi izbor – novoosnovani poslodavac	
23	Prvi izbor – neopredijeljeni poslodavac	
24	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca obzirom na županiju odnosno grad	
25	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - prestanak rada izabranog doktora specijalista medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda ili promjena lokacije rada	
26	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - povreda ugovornih obveza doktora specijaliste medicine rada	
29	Promjena nakon isteka dvije (2) godine	
30	Promjena unutar roka od dvije (2) godine zatražena od poslodavca zbog narušenih odnosa s nadležnim doktorom specijalistom medicine rada	

V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA 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