

Izbor / promjena doktora specijalista
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.	PRAVNI SUBJEKT (poslodavac)	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	
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		USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB NEMETOVA-PRIMA			
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)		NEMETOVA 2,10000 ZAGREB			
	OIB		15051150334		Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika 9 9 9 0 0 4 1 2 3	
	Telefon		01 4693 103		Fax	
				01 4693 155		
E - mail jasmına.vukusıc@nemetova-prima.hr						
Adresa podružnice						
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada			Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara		
1.	Dr. Edita Bergant - Brnadić			Sr. Jasmina Vukušić		
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*

.....
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