

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.	<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	<b>USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB NEMETOVA-PRIMA</b>			
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	<b>NEMETOVA 2,10000 ZAGREB</b>			
	OIB	<b>15051150334</b>	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika <b>9 9 9 0 0 4 1 2 3</b>		
	Telefon	<b>01 4693 103</b>	Fax	<b>01 4693 155</b>	E - mail <b>verica.ruzak@nemetova-prima.hr</b>
Adresa podružnice					
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara		
1.	<b>Dr.Martina Elez</b>		<b>Sr.Verica Ružak</b>		
_____ 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