

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

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	DOM ZDRAVLJA ZAGREB - ZAPAD												
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	Prilaz baruna Filipovića 11												
	OIB	66896155710	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td><td>4</td></tr></table>			9	9	9	0	0	4	2	0	4
	9	9	9	0	0	4	2	0	4					
Telefon	01/ 6472-649	Fax	E - mail medicina.rada.etk@gmail.com											
Adresa podružnice Prilaz baruna Filipovića 11														
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara											
1.	Ivica Ćosić, dr. med. spec. medicine rada		Darko Vukotić											
_____		_____												
Zagreb		Datum i mjesto												
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