

Izbor / promjena doktora specijaliste
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
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 9 9 9 0 0 3 4 5 3	
	Telefon	01/ 3667619	Fax	E - mail
Adresa podružnice Baštijanova 52				
Redni broj	Ime i prezime specijaliste medicinerada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara	
1.	Silvana Kalabrić Babić, dr.med.spec.medicina rada		Slavica Franjić	
Zagreb, _____ 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