

Izbor doktora specijaliste medicine rada

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE (ZAVOD)

Lokacija _____

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
Grad Zagreb i Zagrebačka županija	113	10		0		
Ostale lokacije po RH (maloprodaja)	22	0		0		
	135	10		0		
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="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>												
Telefon	Fax		E - mail											
Adresa podružnice														
Redni broj	Ime i prezime specijaliste 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 SPECIJALISTE MEDICINE RADAa) 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
01	Prvi izbor – novoosnovani poslodavac
03	Prvi izbor – neopredijeljeni poslodavac
04	Promjena / izbor unutar roka od godine dana – promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca
05	Promjena / izbor unutar roka od godine dana – prestanak rada izabranog doktora specijaliste medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda
06	Promjena unutar roka od godine dana zatražena od poslodavca zbog narušenih odnosa sa izabranim specijalistom medicine rada
14	Promjena nakon isteka godine dana
15	Promjena unutar roka od godine dana –izabrani doktor specijalist medicine rada ima u skrbi više od maksimalnog broja radnika

V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Lokacija

Suglasan s izborom / promjenom DA** - NE**

.....201.....g.

M.P.

Potpis ovlaštene osobe Zavoda

Tiskanica se popunjava u (4) četiri primjerka: Poslodavac, novo odabrani doktor specijalist medicine rada, dosadašnji doktor specijalist 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