

Izbor / promjena doktora specijalista
medicineradaHrvatski
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
ZAGREB						
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 za djelatnost medicine rada MED PLUS			
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	10000 Zagreb, Maksimirska cesta 282			
	OIB	91907316964	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika 9 9 9 0 0 4 9 8 0		
	Telefon	01/2929502	Fax	01/4673649	E - mail
Adresa podružnice		10000 Zagreb, Maksimirska cesta 282			
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara		
1.	dr.med.Mladen Brkljačić, spec. med.rada		Dorja Cvečko		
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.		
_____ 202 _____ 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

_____ 202 _____ 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

** - Kvačicom odaberite odgovarajuće