

Izbor doktora specijalista medicine rada

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE (ZAVOD)

Područni ured _____

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					
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)					
	OIB			Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika		
	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

Područni ured

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