

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 | | | |
| | | Telefon | E - mail | | | |
| | | Ime i prezime sadašnjeg doktora specijalista medicine rada (ako postoji izbor) | | | | |
| | | Razlog izbora / promjene doktora specijalista medicine rada | | | Šifra razloga iz točke IV * | |
| | | 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 | | _____ Ime i prezime, OIB, vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis ovlaštene osobe poslodavca | | | | |

II. PODACI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| ZDRAVSTVENA USTANOVA / privatni zdravstveni radnik | Naziv | USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB U MEDICINI RADA BENEDIKT | | | |
| | Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) | ISTARSKA 3, SPLIT | | | |
| | OIB | 02987300705 | Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika 9 9 9 0 0 3 8 8 7 | | |
| | Telefon | 021/339-533 | E - mail medicina.rada.benedikt@gmail.com | | |
| Adresa podružnice | | | | | |
| Redni broj | Ime i prezime specijalista medicine rada | | | | |
| 1. | dr. Caktaš Katarina | | | | |
| _____ Datum i mjesto | | | _____ Faksimil i vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis dr.spec. medicine rada | | |

III. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

| | |
|--|--|
| Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca | Faksimil i vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis dr.spec. medicine rada |
|--|--|

IV. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

| Šifra razloga * | Naziv razloga izbora / promjene doktora specijalista medicine rada |
|-----------------|---|
| 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 |
| 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

..... 20g.

M.P.

Vlastiti potpis/kvalificirani
elektronički 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