

Izbor / promjena doktora specijaliste
medicinske rada



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	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	USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB DR. ŠPIRANOVIĆ ZA MEDICINU RADA I ŠPORTA			
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	STJEPANA RADIĆA 54, OSIJEK			
	OIB	28499414661	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika 3 0 8 0 3 0 8 0 0		
	Telefon	031/213 333 031/213 322	Fax	031/ 213 399	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 RADA**

a) Razlog izbora / promjene (ispunjava poslodavac)		Šifra razloga*	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
.....		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	