

Izbor / promjena doktora specijalista medicine 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 os				
		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	Specijalistička ordinacija medicine rada Ilija Čelebić, dr. med. spec. med. rada i sporta												
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	Osijek, Park K.P. Krešimira IV 6												
	OIB	34683682958	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika <table border="1"> <tr> <td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>9</td><td>3</td><td>0</td> </tr> </table>			9	9	9	0	0	4	9	3	0
	9	9	9	0	0	4	9	3	0					
Telefon	031/225-340	Fax	E - mail		ilija@medrad-celebic.hr									
Adresa podružnice														
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara											
1.	Ilija Čelebić, dr. med. spec. med. rada i sporta		sr. Tena Marija Arambašić											
_____ Datum i mjesto		_____ Potpis i faksimil doktora spec. med. rada												

III. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

a) Razlog izbora / promjene (ispunjava poslodavac)	prvi izbor	Šifra razloga* <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr></table> _____ Potpis ovlaštene osobe poslodavca	2	2
2	2			
_____ M.P. _____ 201 ____ 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	
_____ 201 ____ 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
** - Zaokružiti odgovarajuće