

ZAHTJEV POSLODAVCA za - Izbor / promjenu doktora specijaliste medicine rada

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE (ZAVOD)

Područni ured _____

I. PODATCI 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
UKUPNO:						
_____		_____	_____	_____	_____	
Datum i mjesto		Potpis i pečat ovlaštene osobe poslodavca				

II. PODATCI 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 <input type="text"/>		
	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 IZABRANOG DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

a) 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 izabranog doktora specijaliste medicine rada
*	
01	Prvi izbor - novoosnovani poslodavac
03	Prvi izbor - neopredjeljeni 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 - povreda ugovornih obveza specijaliste medicine rada
15	Promjena unutar roka od godine dana - izabrani doktor specijalist medicine rada ima u skrbi više od maksimalnog broja radnika

V. OVJERA IZBORA / PROMJENE IZABRANOG 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