

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 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					
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)					
	OIB		Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika			
	Telefon	E - mail				
Adresa podružnice						
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada					
1.						
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	
..... 20 g.	M.P.
	Vlastiti potpis/kvalificirani elektronički potpis ovlaštene osobe Zavoda

--