

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	DOM ZDRAVLJA VARAŽDINSKE ŽUPANIJE- MEDICINA RADA			
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	KOLODVORSKA 20			
	OIB	04489447850	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika 9 9 9 0 0 3 4 8 8		
	Telefon	042/241-700	E - mail medicina.rada@dzvz.hr		
Adresa podružnice Zagrebačka 94a					
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada				
1.	8072248 SARA RAŠPERGER spec.dr.med.rada i sporta				
_____ 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