

Obavijest ustanove, trgovačkog društva odnosno doktora privatne prakse o zamjeni doktora u vrijeme njegove privremene spriječenosti za rad

1. Podaci o ustanovi, trgovačkom društvu, odnosno doktoru privatne prakse

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR _____

(Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse)

(Naziv zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse)

(Adresa zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse)

(Šifra doktora)

(Ime i prezime doktora)

Vrijeme očekivane odsutnosti od _____ do _____
(dan) (mjesec) (godina) (dan) (mjesec) (godina)

Razlog odsutnosti _____

2. Podaci o zamjeni ugovornog doktora*:

(Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse)

(Naziv zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse)

(Adresa zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse)

(Šifra doktora)

(Ime i prezime doktora)

Da li je o zamjeni izviješten ravnatelj ustanove:

Da li je obavijest o zamjeni dostupna pacijentima:

Da li zamjena doktora radi u smjeni doktora kojeg mijenja:

_____, _____
(Mjesto) (dan) (mjesec) (godina)

M.P.

Potpis ravnatelja ustanove trgovačkog društva, odnosno potpis i faksimil doktora privatne prakse

* Ako za vrijeme privremene spriječenosti za rad doktor koji obavlja zamjenu nije u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu, potrebno je dostaviti važeću licenciju potonjeg

NAPOMENA: Ova obavijest ispunjava se u 2 primjerka, a jedan primjerak zadržava ustanova, odnosno privatnik, a drugi dostavlja područnom uredu Zavoda