

**Izbor doktora specijaliste medicine rada**

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ( ZAVOD )

Lokacija \_\_\_\_\_

**I. PODACI O PRAVNOM SUBJEKTU ( POSLODAVCU ) / OSOBI KOJA OBAVLJA DJELATNOST OSOBNIM RADOM**

<b>PRAVNI SUBJEKT ( poslodavac )</b>	1.	Naziv pravnog subjekta / fizičke osobe			
	2.	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)			
	3.	OIB poslodavca		Ovlaštena osoba	
	4.	Broj obveze obveznika			
	5.	Telefon	Fax	E - mail	
	6.	Vrsta i grana djelatnosti i šifra (NKD)			
	7.	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. PODACI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU**

<b>ZDRAVSTVENA USTANOVA / privatni zdravstveni radnik</b>	Naziv	
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	
	OIB	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika
	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 DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

a) Razlog izbora / promjene (ispunjava poslodavac)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Šifra razloga <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<p>.....</p> <p>..... 201 .....</p>		M.P.	<p>.....</p> <p>Potpis ovlaštene osobe poslodavca</p>

### IV. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca	Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada
<p>.....</p> <p>.....</p>	

Šifra razloga*	Naziv razloga izbora / promjene doktora specijaliste medicine rada
01	Prvi izbor – novoosnovani poslodavac
03	Prvi izbor – neopredijeljeni 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 zbog narušenih odnosa sa izabranim specijalistom medicine rada
14	Promjena nakon isteka godine dana
15	Promjena unutar roka od godine dana – izabrani doktor specijalist medicine rada ima u skrbi više od maksimalnog broja radnika

### V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	
Lokacija	.....
Suglasan s izborom / promjenom	DA** - NE**
<p>.....</p> <p>..... 201 .....</p>	M.P.
<p>.....</p> <p>Potpis ovlaštene osobe Zavoda</p>	

Tiskanica se popunjava u (4) četiri primjerka: Poslodavac, novo odabrani doktor specijalist medicine rada, dosadašnji doktor specijalist 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