

4. NALAZ, MIŠLJENJE I OCJENA

NALAZ:

MIŠLJENJE:

OCJENA:

5. IZDVOJENO MIŠLJENJE DOKTORA KONTROLORA

Podaci o doktoru kontroloru:

Ime i prezime doktora kontrolora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra

Potpis i faksimil doktora kontrolora

Ime i prezime doktora kontrolora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra

Potpis i faksimil doktora kontrolora

Ime i prezime doktora kontrolora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Šifra

Potpis i faksimil doktora kontrolora

U _____, _____ 20__ g.

Na znanje:

1. Osiguraniku
2. Izabranom doktoru
3. Kontroloru
4. Nalogodavcu za provođenje nadzora nad korištenjem privremene nesposobnosti za rad

	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	Croatian Health Insurance Fund
	ISKAZNICA KONTROLORA	
fotografija 35x30 mm	Ime _____	
	Prezime _____	
	Broj evidencije u HZZO - u _____	
		

HZZO - Direkcija,
Iskaznica_kontrolor.cdr, 13/02/14

Nositelj ove iskaznice ovlašten je u okviru svoje mjerodavnosti utvrđene Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i Pravilnikom o poslovima kontrole te ovlastima i načinu rada kontrolora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) provoditi kontrolu odnosno nadzor:		
1. Izvršavanja ugovornih obveza provoditelja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja		
2. Zakonitog i pravodobnog ostvarivanja prava osiguranih osoba HZZO - a		
3. Korištenja privremene nesposobnosti za rad osiguranika HZZO - a		
4. Točnost podataka i činjenica za ostvarivanje prava osiguranih osoba HZZO - a iz obveznog zdravstvenog osiguranja		
5. Zakonitosti rada te svrhovitosti i pravodobnom izvršavanju obveza radnika HZZO - a		
_____	M.P.	_____ Ravnatelj
_____	_____	_____
nadnevak izdavanja		potpis