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

1. Podaci o ustanovi, doktoru ustanove, odnosno doktoru privatne prakse

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____
(Naziv)

(Šifra ustanove/ordinacije privatne prakse)

(Naziv ustanove/ordinacije privatne prakse)

(Adresa ustanove/ordinacije privatne prakse)

(Šifra doktora)

(Ime I prezime doktora)

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

Razlog odsutnosti _____

2. Podaci o zamjeni ugovornog doktora*:

(Šifra ustanove/ordinacije privatne prakse)

(Naziv ustanove/ordinacije privatne prakse)

(Adresa ustanove/ordinacije privatne 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:

M.P.

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

Potpis ravnatelja ustanove, 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, 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

HZZO - Direkcija,
ObavZamDok.cdr, V1/09/03/06