

Naziv poslodavca: \_\_\_\_\_  
Adresa poslodavca: \_\_\_\_\_  
Broj obveze poslodavca: \_\_\_\_\_  
OIB poslodavca: \_\_\_\_\_  
Žiro račun poslodavca: \_\_\_\_\_  
Poslovna banka poslodavca: \_\_\_\_\_  
Broj telefona kontakt osobe: \_\_\_\_\_

**Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje**

\_\_\_\_\_  
(naziv lokacije koja je zaprimila Zahtjev)

Zaprimljeno dana: \_\_. \_\_. \_\_\_\_.

**Zahtjev za povrat sredstava plaćenih na ime  
PRETHODNOG PREGLEDA**

(uz Zahtjev može biti ispostavljeno više računa, ali svi računi moraju biti od istog doktora specijalista medicine rada)

Molimo sukladno članku 23. st. 3. Odluke o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti s osnovama za sklapanje ugovora ("Narodne novine", broj 1/11) i Odluci o izmjeni i dopuni Odluke o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti s osnovama za sklapanje ugovora ("Narodne novine", broj 6/11) izvršiti povrat sredstava koja smo na ime Prethodnog pregleda pri zapošljavanju na poslovima s posebnim uvjetima rada uplatili izabranom doktoru specijalisti medicine rada.

U prilogu Vam dostavljam \_\_\_\_\_ prethodnih pregleda, temeljem kojih je plaćeno \_\_\_\_\_ kn.

**Obvezno priložiti:**

- Specifikaciju radnika na koje se odnosi Zahtjev
- Obrazac RA-1, navesti članak i točku iz Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada i vrstu pregleda koji se traži
- Obrazac RA-2
- Presliku računa doktora SMR-a
- Presliku dokaza o plaćenom računu

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis ovlaštene osobe poslodavca)