

# ZAHTJEV POSLODAVCA za - Izbor / promjenu doktora specijaliste medicine rada

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ( ZAVOD )

Područni ured \_\_\_\_\_

## I. PODATCI O PRAVNOM SUBJEKTU ( POSLODAVCU ) / OSOBI KOJA OBAVLJA DJELATNOST OSOBNIM RADOM

|                |                                      |   |   |  |                                  |  |
|----------------|--------------------------------------|---|---|--|----------------------------------|--|
| 1.             | <b>PRAVNI SUBJEKT ( poslodavac )</b> | Naziv pravnog subjekta / fizičke osobe  |   |  |                                  |  |
|                |                                      | Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)  |   |  |                                  |  |
|                |                                      | OIB poslodavca                          |   | Ovlaštena osoba                        |                                  |  |
|                |                                      | Broj obveze obveznika                   |   |  |                                  |  |
|                |                                      | Telefon                                 |   | Fax                                    | E - mail                         |  |
|                |                                      | Vrsta i grana djelatnosti i šifra (NKD) |   |  |                                  |  |
|                |                                      | Mjesto rada                             | Broj zaposlenih radnika                   | Broj radnika na posebnim uvjetima rada | Prosječan broj sezonskih radnika | Prosječan broj sezonskih radnika na posebnim uvjetima rada |
| UKUPNO:        |                                      |   |   |  |                                  |  |
| _____          |                                      |   | _____                                     |  |                                  |  |
| Datum i mjesto |                                      |   | Potpis i pečat ovlaštene osobe poslodavca |  |                                  |  |

## II. PODATCI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU

|   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>ZDRAVSTVENA USTANOVA /<br/>privatni zdravstveni radnik</b> | Naziv                                    |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | OIB                                      |     | Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 IZABRANOG DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA**

a) Razlog izbora / promjene  
(ispunjava poslodavac) \_\_\_\_\_

Šifra  
razloga

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe poslodavca

\_\_\_\_\_  
M.P.

\_\_\_\_\_  
201\_\_ g.

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

\_\_\_\_\_  
Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca

\_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada

| Šifra razloga | Naziv razloga izbora / promjene izabranog doktora specijaliste medicine rada  |
|---------------|---|
| *             |   |
| 01            | Prvi izbor - novoosnovani poslodavac  |
| 03            | Prvi izbor - neopredjeljeni 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 - povreda ugovornih obveza specijaliste medicine rada                             |
| 15            | Promjena unutar roka od godine dana - izabrani doktor specijalist medicine rada ima u skrbi više od maksimalnog broja radnika                 |

**V. OVJERA IZBORA / PROMJENE IZABRANOG DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA**

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured \_\_\_\_\_

Suglasan s izborom / promjenom      DA\*\* - NE\*\*

\_\_\_\_\_  
201\_\_ g.

\_\_\_\_\_  
M.P.

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe Zavoda