

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 dostavljamo _____ 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 te vrstu pregleda koji se traži
- Obrazac RA-2
- Presliku računa SMR-a
- Presliku dokaza o plaćenom računu
- U slučaju kada se radi o prethodnom pregledu radnika koji mijenja radno mjesto odnosno uvjete rada, potrebno je priložiti novi ugovor o radu ili aneks ugovora.

U _____, dana _____

(potpis ovlaštene osobe poslodavca)