



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Izbor / promjena doktora specijalista
medicine rada

Regionalni

ured _____

Područna

služba _____

naziv

šifra

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

1.	PRAVNI SUBJEKT (poslodavac)	Naziv pravnog subjekta / fizičke osobe				
2.		Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)				
3.		OIB poslodavca	Ovlaštena osoba			
4.		Telefon				E - mail
5.		Ime i prezime sadašnjeg doktora specijalista medicine rada (ako postoji izbor)				
6.		Razlog izbora / promjene doktora specijalista medicine rada			Šifra razloga iz točke IV *	
7.			Mjesto rada	Broj zaposlenih radnika	Broj radnika na posebnim uvjetima rada	Prosječan broj sezonskih radnika
		UKUPNO:				

_____, Zagreb
Datum i mjesto

Ime i prezime, OIB, vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis ovlaštene osobe poslodavca

II. PODACI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU

ZDRAVSTVENA USTANOVA / privatni zdravstveni radnik	Naziv	USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB OPUS MEDICUS za medicinu rada i športa				
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)	IBLEROV TRG 10, 10 000 ZAGREB				
	OIB	00791876079	Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika 9 9 9 0 0 3 7 1 2			
	Telefon	01/ 4551-350 (informacije i narudžbe od 12:00 – 15:00) ili na e-mail 095/5366 326 (med. sestra Maja) 095/316 9107 (med. sestra Katarina)		E - mail opusmedicus1@gmail.com opusmedicus@gmail.com		
Adresa podružnice						
Redni broj	Ime i prezime specijalista medicine rada					
1.	DUBRAVKO MARTINOVIĆ, spec. medicine rada i sporta					
_____, Zagreb Datum i mjesto						
Faksimil i vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis dr.spec. medicine rada						

III. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca	Faksimil i vlastoručni potpis/kvalificirani elektronički potpis dr.spec. medicine rada

IV. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

Šifra razloga *	Naziv razloga izbora / promjene doktora specijalista medicine rada
23	Prvi izbor – neopredijeljeni poslodavac
24	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca obzirom na županiju odnosno grad
25	Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - prestanak rada izabranog doktora specijalista medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda ili promjena lokacije rada
29	Promjena nakon isteka dvije (2) godine
30	Promjena unutar roka od dvije (2) godine zatražena od poslodavca zbog narušenih odnosa s nadležnim doktorom specijalistom medicine rada

V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	
Regionalni ured ili Područna služba	
Suglasan s izborom / promjenom **DA - NE	
.....202.....g.	M.P.
	Vlastiti potpis/kvalificirani elektronički potpis ovlaštene osobe Zavoda

--

Tiskanica se popunjava u (4) četiri primjerka: za poslodavca, novoizabranog doktora specijalistu medicine rada, dosadašnjeg doktora specijalistu medicine rada i Zavod. Poslodavac i izabrani doktor specijalist medicine rada odgovorni su pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke

* - Upisati šifru razloga
** - Zaokružiti odgovarajuće