|  |  |
| --- | --- |
| 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. | | |  | | Broj obveze obveznika | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | |  | | Telefon | | |  | | | | | | | | Fax | |  | | | | | | | | E - mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | |  | | Vrsta i grana   djelatnosti i šifra (NKD) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | |  | | 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. PODACI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZDRAVSTVENA USTANOVA /**  **privatni**  **zdravstveni**  **radnik** | | | | | | | Naziv | | | | | Ustanova za zdravstvenu skrb za medicinu rada  ADRIA MEDIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) | | | | | Miroslava Bulešića 9, Pazin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | OIB | | | | | 92015218503 | | | | | | | | | | | |  | | | | Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | 9 | 9 | | 9 | 0 | 0 | 3 | | 6 | 9 | 0 |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Telefon | | | | 051/812-356 | | | | | | Fax | |  | | | | | | | E - mail | | | | | | [delnice@adriamedic.hr](mailto:delnice@adriamedic.hr) | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa podružnice | | | | | | Supilova 20, Delnice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redni broj | | | | Ime i prezime specijalista medicine rada | | | | | | | | | | | | | | | | Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | Milica Golubovac-Rutar dr.med.;spec.med.rada i sporta | | | | | | | | | | | | | | | | Ines Pajnić | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | Datum i mjesto | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Potpis i faksimil doktora spec. med. rada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| HZZO - Direkcija, Zagreb  Izbor-Prom SMR, 01/01/2018 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA 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 SPECIJALISTA MEDICINE RADA** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |  | | | |  | |
|  | Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca | | | | | | | | | |  | Potpis i faksimil doktora specijalista medicine rada | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Šifra razloga\* | | Naziv razloga izbora / promjene doktora specijalista medicine rada | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | Prvi izbor – novoosnovani poslodavac | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | Promjena / izbor unutar roka od dvije (2) godine - povreda ugovornih obveza doktora specijaliste medicine 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |  | | 201 |  | g. | M.P. | |  |  | |  | | | | | |  | | 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