

# Izbor / promjena doktora specijalista medicine rada



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Regionalni  
ured \_\_\_\_\_  
Područna  
služba \_\_\_\_\_

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

\_\_\_\_\_  
naziv

\_\_\_\_\_  
šifra

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

|                                        |                                      |                                                    |                            |                                              |                                     |                                                                     |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5.<br>6.<br>7. | <b>PRAVNI SUBJEKT ( poslodavac )</b> | Naziv<br>pravnog subjekta<br>/ fizičke os          |                            |                                              |                                     |                                                                     |
|                                        |                                      | Adresa sjedišta<br>(mjesto, ulica i broj)          |                            |                                              |                                     |                                                                     |
|                                        |                                      | OIB poslodavca                                     |                            |                                              | Ovlaštena osoba                     |                                                                     |
|                                        |                                      | Broj obveze<br>obveznika                           |                            |                                              |                                     |                                                                     |
|                                        |                                      | Telefon                                            |                            | Fax                                          | E - mail                            |                                                                     |
|                                        |                                      | Vrsta i grana<br>djelatnosti i šifra<br>(NKD)      |                            |                                              |                                     |                                                                     |
|                                        |                                      | Mjesto rada                                        | Broj zaposlenih<br>radnika | Broj radnika na<br>posebnim uvjetima<br>rada | Prosječan broj<br>sezonskih radnika | Prosječan broj<br>sezonskih radnika na<br>posebnim uvjetima<br>rada |
| <b>UKUPNO:</b>                         |                                      |                                                    |                            |                                              |                                     |                                                                     |
| _____<br>Datum i mjesto                |                                      | _____<br>Potpis i pečat ovlaštene osobe poslodavca |                            |                                              |                                     |                                                                     |

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

|                                                                           |                                                  |                                                                                              |                                                                                                 |                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>ZDRAVSTVENA<br/>USTANOVA /<br/>privatni<br/>zdravstveni<br/>radnik</b> | Naziv                                            | Specijalistička ordinacija medicine rada<br>Ilija Čelebić, dr. med. spec. med. rada i sporta |                                                                                                 |                                 |  |
|                                                                           | Adresa sjedišta<br>(mjesto, ulica i broj)        | Osijek, Park K.P. Krešimira IV 6                                                             |                                                                                                 |                                 |  |
|                                                                           | OIB                                              | 34683682958                                                                                  | Šifra ugovorne zdravstvene<br>ustanove<br>/ privatnog zdravstvenog radnika<br>9 9 9 0 0 4 9 3 0 |                                 |  |
|                                                                           | Telefon                                          | 031/225-340                                                                                  | Fax                                                                                             | E - mail info@medrad-celebic.hr |  |
| Adresa podružnice                                                         |                                                  |                                                                                              |                                                                                                 |                                 |  |
| Redni<br>broj                                                             | Ime i prezime<br>specijalista medicine rada      |                                                                                              | Ime i prezime<br>medicinske sestre / medicinskog tehničara                                      |                                 |  |
| 1.                                                                        | Ilija Čelebić, dr. med. spec. med. rada i sporta |                                                                                              | sr. Ana Matanov                                                                                 |                                 |  |
| _____<br>Datum i mjesto                                                   |                                                  | _____<br>Potpis i faksimil doktora spec. med. rada                                           |                                                                                                 |                                 |  |

**III. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTA MEDICINE RADA**

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| a) Razlog izbora / promjene<br>(ispunjava poslodavac)                                                                                                                                                                              | <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;">prvi izbor</div> | <div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;">Šifra razloga* <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr></table></div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____<br/>Potpis ovlaštene osobe poslodavca</div> | 2 | 2 |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | 2                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>_____</div><div>M.P.</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"><div>_____ 201 ____ g.</div><div>_____</div></div> |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |

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

|                                                       |                                                               |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| _____<br>Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca | _____<br>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<br>Područna služba                                                                                                                                                                        | _____ |
| Suglasan s izborom / promjenom **DA - NE                                                                                                                                                                      |       |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>_____ 201 ____ g.</div><div>M.P.</div></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____<br/>Potpis ovlaštene osobe Zavoda</div> |       |

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