

**PONUĐA KONCESIONARA  
ZA UGOVARANJE DODATNIH MOGUĆNOSTI  
ZA 2014. GODINU**

Regionalni ured/područna služba HZZO: \_\_\_\_\_

**Opći podaci**

<b>Naziv djelatnosti:</b>	Zdravstvena zaštita predškolske djece	<b>Šifra djelatnosti:</b>	1020000
---------------------------	---------------------------------------	---------------------------	---------

**PODACI O TIMU**

Ime i prezime doktora:	
Identifikacijski broj doktora:	
Ime i prezime medicinske sestre:	
Identifikacijski broj medicinske sestre:	

**PODACI O ORDINACIJI**

Ordinacija u zakupu DZ (označiti x-om)	DA		Naziv DZ:
	NE		

Puni naziv privatne prakse/ustanove za zdravstvenu skrb:  
(u skladu s Rješenjem Ministarstva zdravlja)

Šifra privatne prakse/ustanove za zdrav. skrb:	
Žiro račun privatne prakse/ustanove za zdrav. skrb:	
Matični broj privatne prakse/ustanove za zdrav. skrb:	
Adresa ordinacije:	Ulica i kućni broj:
	Poštanski broj i mjesto:
Grad/općina sukladno Mreži:	

**Podaci za kontakt**

Tel:	
Mob:	
Fax:	
E-pošta:	

**U prilogu:** 1. Odobrenje za samostalan rad mjerodavne komore za doktora i med. sestru/tehničara, 2. Uvjerenje o obavljenoj dodatnoj edukaciji u provođenju UZV dijagnostike i ostalih dijagnostičkih i terapijskih postupaka

**Dodatne mogućnosti**

(označiti x-om):

**I. Provođenje preventivnih programa**

(ne uključuje provođenje nacionalnih preventivnih programa)

<b>DA</b>	
<b>NE</b>	

- u slučaju odabira provođenja preventivnog programa potrebno je popuniti tablicu u nastavku

Naziv posebnog/preventivnog programa (definiranje sadržaja)

**II. Rad u skupnoj praksi**

<b>DA</b>	
<b>NE</b>	

- u slučaju odabira rada u skupnoj praksi potrebno je popuniti tablicu u nastavku te priložiti ponudi međusobni ugovor članova skupne prakse

Podaci o članovima skupne prakse:

Red. broj	Djelatnost	Ime i prezime doktora	Šifra doktora	Šifra ordinacije	Adresa ordinacije

**III. Pružanje dodatnih usluga osiguranim osobama Zavoda (5☆)**

Naziv dodatne usluge		DA	NE	Definiranje sadržaja
1		2	3	4
☆	Organiziranje savjetovališta u malim grupama (u stupac 4 upisati naziv/vrstu savjetovališta)			
☆	Sudjelovanje tima u e- zdravstvu			
☆	Naručivanje na preglede u ordinaciji			
☆	Uzimanje i dostava uzoraka za mikrobiološku dijagnostiku u ordinaciji			
☆	Osiguranje dostupnosti u slučaju hitnosti			

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_

M. P.

Potpis i faksimil doktora: