HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

**ZAHTJEV ZA STJECANJE STATUSA KANDITATA ZA**

**UGOVORNOG DOKTORA HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

1. **Podaci o privatnom zdravstvenom radniku/zdravstvenoj ustanovi podnositelju zahtjeva**

|  |  |
| --- | --- |
| Šifra zdravstvene ustanove/privatnog zdravstvenog radnika1 | Naziv zdravstvene ustanove/privatnog zdravstvenog radnika |

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

Naselje, ulica i broj Poštanski broj i naziv pošte

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

OIB MBS Status:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | a) ☐ privatna praksa b)  ustanova za zdravstvenu skrb c)  dom zdravlja |

1. **Podaci o doktoru u statusu kandidata za ugovornog doktora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (potencijalni doktor) 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ime i prezime** | **Djela-tnost (šifra)3** | **Adresa rada**  **(naselje, ulica i broj, poštanski broj i naziv pošte)** | **OIB** | **Šifra doktora** | **Kontakt**  **(e-mail adresa, broj telefona/mobitela)** | **Treba li osoba HZZO pametnu karticu / soft certifikat HZZO**  **(DA/NE)4** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1| Podatak se ne unosi kad se radi o neugovornom subjektu Zavoda. Ukoliko subjekt nema šifru, potrebno je polje ostaviti prazno i obavezno priložiti rješenje Ministarstva zdravstva.

2| Ustanova za zdravstvenu skrbi i dom zdravlja mogu unijeti više potencijalnih doktora, a privatna praksa samo jednog (osobni rad)

3| Moguće je unijeti samo šifre djelatnosti obiteljske (opće) medicine 1010000, zdravstvene zaštite predškolske djece 1020000, zdravstvene zaštite žena 1040000 i dentalne zdravstvene zaštite 1050000

4| Ukoliko osoba nema pametnu karticu/ soft certifikat HZZO, može koristiti e-osobnu iskaznicu Republike Hrvatske ili poslovni certifikati Fine, AKD-a i Certilie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | M.P. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Potpis ovlaštene osobe podnositelja zahtjeva  (zdravstvene ustanove/ privatnog zdravstvenog radnika) |

Prilog:

1. Rješenje Ministarstva zdravstva
2. Ugovor o radu za potencijalnog doktora (privatna praksa ne dostavlja)
3. Odobrenje za samostalni rad (licenca) za potencijalnog doktora
4. Prijava u sustav mirovinskog osiguranja (u elektroničkom ili papirnatom obliku) za nositelja tima