
naziv poliklinike i ljekarničke zdravstvene ustanove čiji su osnivači druge pravne i fizičke osobe
odnosno privatnog zdravstvenog radnika (u daljnjem tekstu: poslodavac)

adresa (ulica i broj, grad), broj telefona i fax-a poslodavca

ovlaštena osoba poslodavca

IZJAVA
o ispunjavanju uvjeta za provođenje pripravničkog staža
pripravnika – doktora medicine/doktora dentalne medicine/magistra farmacije/
magistra medicinske biokemije

Ovom Izjavom pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da:

- ispunjavam uvjete za provođenje pripravničkog staža pripravnika – doktora medicine/doktora dentalne medicine/magistra farmacije/magistra medicinske biokemije, sukladno odredbi članka 137. stavka 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ broj: 150/08., 155/09., 71/10., 139/10., 22/11., 54/11., 154/11., 12/12., 70/12., 144/12., 82/13., 159/13. i 22/14.) i mjerodavnih podzakonskih propisa,

- da ću u slučaju izbora kandidata za provođenje pripravničkog staža pripravnika – doktora medicine/doktora dentalne medicine/magistra farmacije/magistra medicinske biokemije sklopiti ugovor o radu na određeno vrijeme s odabranim kandidatom te ugovor o financiranju pripravničkog staža zdravstvenih radnika s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) na temelju kojih ću preuzeti obvezu isplate plaće, uz obvezu da Zavod, kao i u slučaju provođenja pripravničkog staža u ugovornim zdravstvenim ustanovama, meni kao poslodavcu izvrši povrat osnovne plaće pripravnika, u roku od 30 dana od primitka zahtjeva za povrat plaće,

- da na obavljanju pripravničkog staža nemam niti jednog pripravnika – doktora medicine/doktora dentalne medicine/magistra farmacije/magistra medicinske biokemije, a u suprotnom da pripravnički staž pripravnika koji kod mene kao poslodavca provodi pripravnički staž završava najkasnije zadnjeg dana roka za dostavu zahtjeva za financiranje pripravničkog staža iz točke X. ovog Javnog natječaja.

Ova Izjava daje se u svrhu sudjelovanja kandidata na 2. Javnom natječaju za financiranje pripravničkog staža doktora medicine, doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije u 2014. godini.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

Potpis i pečat odgovorne osobe

M.P.

Napomena:

Ova Izjava daje se samo u slučaju kad se kandidat **opredijelio za obavljanje pripravničkog staža kod ugovornog subjekta Zavoda** (ugovorni subjekti **Zavoda nisu navedeni u Popisu zdravstvenih ustanova - prilog 1. Javnog natječaja**).