



**III. RAZLOG IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTE 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 SPECIJALISTE MEDICINE RADA**.....  
Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca.....  
Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada

Šifra razloga*	Naziv razloga izbora / promjene doktora specijaliste medicine rada
01	Prvi izbor – novoosnovani poslodavac
03	Prvi izbor – neopredijeljeni poslodavac
04	Promjena / izbor unutar roka od godine dana – promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca
05	Promjena / izbor unutar roka od godine dana – prestanak rada izabranog doktora specijaliste medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda
06	Promjena unutar roka od godine dana zatražena od poslodavca zbog narušenih odnosa sa izabranim specijalistom medicine rada
14	Promjena nakon isteka godine dana
15	Promjena unutar roka od godine dana –izabrani doktor specijalist medicine rada ima u skrbi više od maksimalnog broja radnika

**V. OVJERA IZBORA / PROMJENE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA**

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Lokacija .....

Suglasan s izborom / promjenom      DA\*\* - NE\*\*

.....  
201 ..... g......  
M.P......  
Potpis ovlaštene osobe Zavoda

Tiskanica se popunjava u (4) četiri primjerka: Poslodavac, novo odabrani doktor specijalist medicine rada, dosadašnji doktor specijalist 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