GODIŠNJE IZVJEŠĆE O RADU KONCESIONARA ZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. GODINU MEDICINA RADA

|  |
| --- |
| **OPĆI PODACI** |
| **NAZIV KONCESIONARA** *(naziv koncesionara - zdravstvene ustanove ili ime i prezime koncesionara – fizičke osobe*) |  |
| **OIB** |  |
| **ADRESA** Sjedišta – zdravstvene ustanove stanovanja – fizičke osobe |  |
| **DATUM ROĐENJA** *(popunjavaju samo koncesionari-fizičke osobe)* |  |
| **KONTAKT BROJEVI** | tel: fax: mob: |
| **e-ADRESA** |  |
| **MJESTO OBAVLJANJA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE***(točna adresa ordinacije)* |  |
| **PROMJENA PROSTORA OBAVLJANJA ZDRAVSTVENE SLUŽBE** *(uz suglasnost Davatelja koncesije)* |  DA / NE  |
| Ako DA, navedite adresu prije promjene prostora |  |
| **OSTALE OSNOVNE PROMJENE UGOVORA** *-****promjena radnika*** *u timu, promjena prebivališta, promjena prezimena,* *-* ***promjena koncesijske naknade****, -****raskid ugovora*** *(radi odlaska u mirovinu tijekom izvještajnog razdoblja ili iz drugog razloga),**-ostali razlozi*AKO JE BILO PROMJENA, NAVESTI IH |  |

|  |
| --- |
| **ORDINACIJA** |
| **RADNO VRIJEME ORDINACIJE** |  |
| Radi li ordinacija u **SMJENSKOM RADU?** *(da li prostor koristi drugi zdravstveni radnik u suprotnoj smjeni)* | DA / NE |
| Broj obavljenih **PREGLEDA** |  |
| **BROJ POSLODAVACA** koji su odabrali koncesionara za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika  |  |
| **IME I PREZIME zdravstvenog radnika – nositelja tima** *(popunjavaju samo koncesionari-zdravstvene ustanove)* |  |
| **IME I PREZIME ZDRAVSTVENOG RADNIKA U TIMU** *(med. sestra/med. tehn.)**Ukoliko je tijekom izvještajne godine bilo promjena, navesti sve radnike i razdoblje njihovog radnog odnosa*  |  |
| **ISPLATA PLAĆE ZDRAVSTVENOM RADNIKU/RADNICIMA**Da li isplaćujete plaću sukladno odredbama kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja? | DA / NE |
| **PROSTOR ORDINACIJE**  | 1. Zakup u Domu zdravlja
2. Zakup u drugom poslovnom prostoru
3. Vlastiti prostor
 |
| Ukoliko je ordinacija **U ZAKUPU,** navesti pravnu osnovu za zakup i/ili korištenje opreme*(Ugovor o zakupu, navesti naziv ugovora, naziv zakupodavca, datum sklapanja i rok važenja)* |  |
| **AKTIVNOSTI** |
| Sudjelovanje u **PREVENTIVNIM PROGRAMIMA** i drugim aktivnostima koje organizira Dom zdravlja Zagrebačke županije  |  DA / NE  |
| Ako DA, navedite naziv preventivnog programa ili druge aktivnosti  |  |
| Sudjelovanje u provedbi **NACIONALNIH PROJEKATA U PODRUČJU ZDRAVSTVA** |  DA / NE  |
| Ako DA, navedite naziv Nacionalnog projekta |  |
| **PLAĆANJE KONCESIJSKE NAKNADE** |
| **UKUPNO UPLAĆENO NA IME KONCESIJSKE NAKNADE** u godini za koju se ponosi Izvješće |  |
| Pisane opomene o dugovanju | DA / NE |
| **NADZOR** |
| Da li je proveden nadzor od strane inspekcijskih službi, HZZO-a ili drugih nadležnih tijela? | DA / NE |
| Ako DA, navesti od strane koga i kojeg datuma je bio nadzor |  |

(potpis i pečat)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (mjesto i datum)