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)