GODIŠNJE IZVJEŠĆE O RADU KONCESIONARA ZA \_\_\_\_\_\_\_\_. GODINU ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI

|  |
| --- |
| **OVAJ OBRAZAC ISPUNJAVA SE ZA SVAKU UGOVRENU KONCESIJU ZASEBNO** |
| **KONCESIJSKI UGOVOR** na koji se odnosi godišnje Izvješće | KLASA:URBROJ:Datum ugovora: |
| **OPĆI PODACI** |
| **NAZIV KONCESIONARA** *(naziv koncesionara - zdravstvene ustanove ili ime i prezime koncesionara – fizičke osobe/privatne prakse)* |  |
| **OIB** |  |
| **ADRESA** Sjedišta – zdravstvene ustanove Stanovanja – fizičke osobe |  |
| **DATUM ROĐENJA** *(popunjavaju samo koncesionari-fizičke osobe/privatne prakse)* |  |
| **KONTAKT BROJEVI** | tel: fax: mob: |
| **e-ADRESA** |  |
| **MJESTO OBAVLJANJA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE***(navesti područje grada/općine)* |  |
| **PROMJENE PROSTORA** OBAVLJANJA ZDRAVSTVENE SLUŽBE uz suglasnost Koncedenta |  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 |  |
| **OBAVLJANJE JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE** |
| **RADNO VRIJEME**  |  |
| **BROJ OBAVLJENIH USLUGA** zdravstvene njege u kući |  |
| **IME I PREZIME ZDRAVSTVENOG RADNIKA** koji obavlja djelatnost u ime i za račun koncesionara (med. sestra/med. tehn.)*Ukoliko je tijekom izvještajne godine bilo promjena, navesti sve radnike i razdoblje njihovog radnog odnosa*  |  |
| **ISPLATA PLAĆE ZDRAVSTVENOM RADNIKU**Da li isplaćujete plaću sukladno odredbama kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja? | DA / NE |
| **PROSTOR**  | 1. Zakup
2. Vlastiti prostor
 |
| Ukoliko je prostor **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 Zagrebačka županija, Dom zdravlja ili netko treći  |  DA / NE  |
| Ako DA, navedite naziv preventivnog programa ili druge aktivnosti  |  |
| **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)