

UPITNIK ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA O ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Šifra ustanove¹: _____

Naziv zdravstvene ustanove: _____

Skraćeni naziv: _____

PIB²: _____

Opština: _____

Mjesto: _____

Adresa: _____

Telefon: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Web adresa: _____

Rukovodilac: _____

Datum ugovora³: _____ Datum odjave⁴: _____

Kontakt osoba: _____

Datum popunjavanja podataka: _____

(M.P.)

(Rukovodilac ustanove)

¹ Šifru ustanove određuje Fond za zdravstveno osiguranje (ostaviti prazno pri prvoj registraciji)

² Poreski identifikacioni broj (određuje direkcija javnih prihoda)

³ Datum ugovora o pružanju usluga zeključen između Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvene ustanove

⁴ Datum odjave ugovora zaključenog između Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvene ustanove
Unos broja telefona i e-mail adrese je obavezno

USTANOVA _____

Organizaciona jedinica _____

UPITNIK ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA O LJEKARIMA, STOMATOLOZIMA I FARMACEUTIMA

Šifra (broj ljekarskog faksimila): _____

Prezime: _____ Ime: _____

Ime jednog roditelja: _____

JMBG: _____

Zanimanje (ljekar, stomatolog, farmaceut): _____

Zvanje (titula): _____

Specijalnost: _____

Uža specijalnost: _____

Organizaciona jedinica ustanove: _____

Adresa ustanove: _____

Broj licence: _____ Datum izdavanja licence: _____

Adresa stanovanja: _____

Telefon: _____ Mobilni telefon: _____

e-mail: _____

Datum popunjavanja podataka: _____

(Ljekar – potpis i faksimil)

(M.P.)

(Rukovodilac ustanove)