

Naziv poslodavca: _____
Adresa poslodavca: _____
Broj obveze poslodavca: _____
OIB poslodavca: _____
Žiro račun poslodavca: _____
Poslovna banka poslodavca: _____
Broj telefona kontakt osobe: _____

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

(naziv lokacije koja je zaprimila Zahtjev)

Zaprimljeno dana: ____ . ____ . ____ .

**Zahtjev za povrat sredstava plaćenih na ime
PRETHODNOG PREGLEDA**

(uz Zahtjev može biti ispostavljeno više računa, ali svi računi moraju biti od istog doktora specijalista medicine rada)

Molimo sukladno članku 23. st. 3. Odluke o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti s osnovama za sklapanje ugovora ("Narodne novine", broj 1/11) i Odluci o izmjeni i dopuni Odluke o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti s osnovama za sklapanje ugovora ("Narodne novine", broj 6/11) izvršiti povrat sredstava koja smo na ime Prethodnog pregleda pri zapošljavanju na poslovima s posebnim uvjetima rada uplatili izabranom doktoru specijalisti medicine rada.

U prilogu Vam dostavljam _____ prethodnih pregleda, temeljem kojih je plaćeno _____ kn.

Obvezno priložiti:

- Specifikaciju radnika na koje se odnosi Zahtjev
- Obrazac RA-1, navesti članak i točku iz Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada i vrstu pregleda koji se traži
- Presliku računa doktora SMR-a
- Presliku dokaza o plaćenom računu

U _____, dana _____

(potpis ovlaštene osobe poslodavca)