

## UPITNIK ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA O ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Šifra ustanove<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Naziv zdravstvene ustanove: \_\_\_\_\_

Skraćeni naziv: \_\_\_\_\_

PIB<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Opština: \_\_\_\_\_

Mjesto: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Web adresa: \_\_\_\_\_

Rukovodilac: \_\_\_\_\_

Datum ugovora<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_ Datum odjave<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

Kontakt osoba: \_\_\_\_\_

Datum popunjavanja podataka: \_\_\_\_\_

(M.P.)

\_\_\_\_\_  
(Rukovodilac ustanove)

---

<sup>1</sup> Šifru ustanove određuje Fond za zdravstveno osiguranje (ostaviti prazno pri prvoj registraciji)

<sup>2</sup> Poreski identifikacioni broj (određuje direkcija javnih prihoda)

<sup>3</sup> Datum ugovora o pružanju usluga zeključen između Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvene ustanove

<sup>4</sup> 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)

## UPITNIK ZA FORMIRANJE TIMA U OPŠTIM STOMATOLOŠKIM AMBULANTAMA

### Podaci za ustanovu:

Naziv : \_\_\_\_\_

Opština: \_\_\_\_\_

Šifra ustanove<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

PIB: \_\_\_\_\_

Žiro račun: \_\_\_\_\_

### Podaci za doktora nosioca tima

Ime i prezime \_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_

Broj faksimila: \_\_\_\_\_

### Podaci o medicinskoj sestri (tehničaru) u timu

Ime i prezime \_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_

Datum popunjavanja podataka: \_\_\_\_\_

(M.P.)

\_\_\_\_\_  
(Rukovodilac ustanove)

---

**Napomena:** Ovaj obrazac treba popuniti za svaki od formiranih timova u ambulanti

<sup>1</sup> Šifru ustanove određuje Fond za zdravstveno osiguranje (ostaviti prazno pri prvoj registraciji)