

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 18. st. 10. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju specifične zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 47/14) 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 dostavljamo _____ 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 te vrstu pregleda koji se traži
- Obrazac RA-2
- Presliku računa SMR-a
- Presliku dokaza o plaćenom računu
- U slučaju kada se radi o prethodnom pregledu radnika koji mijenja radno mjesto odnosno uvjete rada, potrebno je priložiti novi ugovor o radu ili aneks ugovora.

U _____, dana _____

(potpis ovlaštene osobe poslodavca)