



**PRIJAVNICA**  
**NA NATJEČAJ ZA DODJELU SREDSTAVA PRIVATNIM USTANOVAMA, ODNOSNO DRUGIM**  
**OBLICIMA PRIVATNE PRAKSE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU**  
**U 2017. GODINI**

**I. PODACI O PRIJAVITELJU:**

**1. Osnovni podaci:**

Naziv prijavitelja	
Adresa (broj pošte, mjesto, ulica i broj)	
Telefon	
Telefaks	
E-mail adresa	
Internet adresa	
Status prijavitelja (privatna ustanova/drugi oblik privatne prakse)	
Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje i dužnost koju obavlja	
Godina osnutka	
Datum i godina upisa u matični registar	
Registarski broj i naziv registarskog tijela	
Broj žiro-računa i naziv banke (IBAN)	
OIB (osobni identifikacijski broj)	
Djelatnosti prijavitelja	

**2. Ostali podaci bitni za ocjenjivanje prijave:**

Broj zaposlenih na dan ove prijave	
Postignuti rezultati u radu prijavitelja, te dobivena odličja/priznanja	
Iznos računa za zdravstvene usluge koji je iznad maksimalno ugovorenog iznosa sa HZZO za 2016. god.	

**II. PODACI O AKTIVNOSTI:**

Zdravstvena njega i rehabilitacija bolesnika po uputama doktora medicine na području Grada Svetog Ivana Zeline, za koju privatna ustanova, odnosno drugi oblik privatne prakse neće primiti novčana sredstva od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje jer prelazi maksimalno ugovoreni iznos s istim.	DA NE
--	----------

### III. PLANIRANI PRIHODI (za 2017. god.):

PLANIRANI PRIHODI (u kunama)	IZNOS
- sredstva Grada (iznos iznad maksimalno ugovorenog iznosa sa HZZO)	
- sredstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (maksimalno ugovoreni iznos sa HZZO)	
UKUPNO	

NAPOMENA:

MP

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime osobe ovlaštene za  
zastupanje prijavitelja

\_\_\_\_\_  
potpis

Mjesto i datum:

\_\_\_\_\_

U prilogu:

- preslika rješenja/dokaza o dodijeljenoj koncesiji za provođenje zdravstvene njege i rehabilitacije bolesnika po uputama doktora medicine na području Grada Sv. Ivana Zeline
- preslika dokaza o iznosu računa za zdravstvene usluge koji je iznad maksimalno ugovorenog iznosa sa HZZO za 2016. god.