|  |  |
| --- | --- |
|  | **REPUBLIKA HRVATSKA****ZAGREBAČKA ŽUPANIJA****GRAD SVETI IVAN ZELINA** |
| **hr)zg-zelina** |

|  |
| --- |
| **PRIJAVNICA** **NA NATJEČAJ ZA DODJELU SREDSTAVA PRIVATNIM USTANOVAMA, ODNOSNO DRUGIM** **OBLICIMA PRIVATNE PRAKSE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU** **U 2018. 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 |  |

1. **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 2017. 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 2018. 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:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ime i prezime osobe ovlaštene za

 zastupanje prijavitelja

 MP

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 potpis

Mjesto i datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U privitku:

* 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 2017. god.