



## Obvestilo o trajni odsotnosti zdravnika pri izvajalcu

### 1. Podatki o izvajalcu:

Šifra izvajalca: \_\_\_\_\_

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

Naslov izvajalca: \_\_\_\_\_

### 2. Podatki o zdravniku

Šifra zdravnika: \_\_\_\_\_

Priimek in ime zdravnika: \_\_\_\_\_

Šifra vrste in podvrste dejavnosti zdravnika, ki jo je zdravnik opravljal:

Ustrezno označiti	Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ)
	302001 - Splošna dejavnost - splošna ambulanta
	327009 - Splošna dejavnost - otroški in šolski dispanzer (v deležu kurative)
	306007 - Splošna dejavnost - dispanzer za ženske
	302002 - Splošna dejavnost - SA v socialnem zavodu
	404101 – Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje odraslih
	404103 – Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje mladine
	402111 – Zobozdravstvena dejavnost – pedontologija
	404105 - Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje študentov

Datum začetka trajne odsotnosti: \_\_\_\_\_

### **Razlog trajne odsotnosti (ustrezno označi):**

Ustrezno označiti	Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ)
	Sprememba vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (ne velja za spremembe podvrste dejavnosti zdravnika znotraj iste skupine dejavnosti)
	Upokojitev zdravnika
	Prenehanje delovnega razmerja zaradi odhoda v zasebno prakso Prenos programa: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
	Prenehanje delovnega razmerja
	Sprememba dejavnosti – ni pogojev za IOZ
	Druga enota – prenos izbir

### **Podatki o zdravniku, ki bo nadomestil trajno odsotnega IOZ**

Podatek se vpiše, če izvajalec z njim razpolaga

Zap. št.	Šifra zdravnika	Priimek in ime zdravnika
1		

Odgovorna oseba: \_\_\_\_\_

Podpis odgovorne osebe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Prostor za žig