**Priloga**

**PREDLOG ZA DODELITEV RECEPTOV ZA OSEBNO RABO**

1. **Podatki o zdravniku, ki vlaga predlog, da se mu dodelijo recepti OR**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov prebivališča[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ulica in hišna številka, poštna številka in kraj)*

Kontaktni podatki[[2]](#footnote-2) Tel. št.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Elektronski naslov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Izpolnjevanje pogojev zdravnika za dodelitev receptov OR**
2. sem zavarovana oseba (*navedite)* **ZZZS številka**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. sem evidentiran v RIZDDZ *(navedite)* **Številka zdravnika**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. *Obkrožite črko*, kateri pogoj izpolnjujete **A.** imam veljavno licenco ZZS

**B.** sem specializant

**C.** sem sekundarij

1. imam enega od naslednjih statusov*(obkrožite status, na podlagi katerega podajate predlog):*
2. **status**: opravljam zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe
3. **status**: imam sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z institucijo[[3]](#footnote-3) *(navedite institucijo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **status**: sem upokojenec s stalnim prebivališčem v RS in sem imel neposredno pred pridobitvijo pravice do pokojnine I. status ali II. status na podlagi pogodbe o zaposlitvi z institucijo³ *(navedite institucijo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Priloge predloga – dokazila**[[4]](#footnote-4) *(navedite dokazila, ki jih prilagate predlogu)*
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. **Želim dvojezično listino Rp OR**[[5]](#footnote-5) (*obkrožite številko, katero različico želite*):

**1.** slovensko-italijansko (Obr. Rp OR/IT) **2.** slovensko-madžarsko (Obr. Rp OR/MA)

Stalno ali začasno prebivališče imam prijavljeno na naslovu *(ulica in hišna številka, poštna številka in kraj)*:

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

**Kraj in datum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Podpis zdravnika** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Naslov stalnega ali začasnega prebivališča, na katerega se pošljejo recepti OR in vsa druga pisanja v skladu s pravilnikom. [↑](#footnote-ref-1)
2. Kontaktni podatki niso obvezni. [↑](#footnote-ref-2)
3. Institucija: ZZZS, ZPIZ, MZ, MORS, Medicinska fakulteta, NIJZ, NLZOH, ZTM, Slovenija transplant, JAZMP, Zdravniška zbornica Slovenije. [↑](#footnote-ref-3)
4. Obvezno priložite dokazila, da ste specializant oziroma sekundarij z opravljenim strokovnim izpitom. [↑](#footnote-ref-4)
5. Dvojezična listina Rp OR se zdravniku dodeli pod pogojem iz drugega odstavka 2. člena pravilnika. [↑](#footnote-ref-5)