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

(podnositelj zahtjeva)

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

(sjedište tvrtke - podnositelja zahtjeva)

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

(oib i mb tvrtke – podnositelja zahtjeva)

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

(zastupnik tvrtke – podnositelja zahtjeva)

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

(mjesto i datum)

**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK**

**Ravnateljstvo**

**Josipa Huttlera 4**

**31000 Osijek**

**PREDMET: Zahtjev za sklapanje ugovora o međusobnim pravima i obvezama za**

 **obavljanje poslova iz djelatnosti poslodavca (Ugovor o poslovnoj suradnji)**

Poštovani,

temeljem čl.125. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i čl. 2. st. 2. Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca (NN 42/16), molimo naslov da nam odobri sklapanje ugovora o reguliranju međusobnih prava i obveza za obavljanje poslova iz djelatnosti Kliničkog bolničkog centra Osijek za radnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zaposlenog u KBC Osijek.

Radnik za kojeg se traži sklapanje ugovora obavljat će

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(poslovi koje će obavljati iz djelatnosti KBC Osijek)

u radu izvan punog radnog vremena, u obliku dopunskog rada u skladu s odobrenjem KBC Osijek.

Radnik s kojim će se sklopiti ugovor o dopunskom radu obavljat će poslove za potrebe podnositelja zahtjeva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sati tjedno (maksimalno 8 sati) odnosno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sati godišnje (maksimalno 180 sati).

Uz zahtjev dostavljamo potrebnu dokumentaciju temeljem čl.125 b Zakona o zdravstvenoj zaštiti, za zaključivanje ugovora.

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

(potpis i pečat zastupnika)

PRILOZI:

1. izjava podnositelja zahtjeva pod punom kaznenom i materijalnom odgovornošću da podnositelj zahtjeva za obavljanje zdravstvene djelatnosti za koje će radnik sklopiti posao za svoj račun nema sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje

2. potvrda nadležnog poreznog područnog ureda da podnositelj zahtjeva nema nepodmirenih obveza s

osnova poreza, prireza i doprinosa odnosno drugih dospjelih obveza prema Republici Hrvatskoj.