

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
ODABIR PROIZVOĐAČA PROGRAMSKE PODRŠKE
Zaokružite redni broj djelatnosti PZZ ili vrstu tima:

Red. br.	Naziv djelatnosti	Red. br.	Naziv djelatnosti
1	1010000 Opća /obiteljska medicina	3	1040000 Zdravstvena zaštita žena
2	1020000 Zdravstvena zaštita predškolske djece	4	1050000 Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna)

PZZ partner

<p>Ime i prezime zdravstvenog djelatnika*:</p> <p>Šifra zdravstvenog djelatnika*:</p> <p>MBO zdravstvenog djelatnika*:</p> <p>Šifra zdravstvene ustanove:</p> <p>Nadležan područni ured HZZO-a:</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;"></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;"></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;"></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;"></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;"></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> </table>										

* Pod šifru zdravstvenog djelatnika i MBO zdravstvenog djelatnika unose se podaci o zdravstvenom djelatniku nosiocu tima.

Zaokružite redni broj odabranog proizvođača programske podrške:

Rd. br.	Opća obiteljska medicina G2	Rd. br.	Zdravstvena zaštita predškolske djece G3	Rd. br.	Zdravstvena zaštita žena G4
1	AdriaSoft	1	Aplikacija d.o.o.	1	AdriaSoft
2	Aplikacija d.o.o.	2	IN-CON d.o.o.	2	Aplikacija d.o.o.
3	IN-CON d.o.o.	3	Inmed software	3	IN-CON d.o.o.
4	Inmed software	4	MCS grupa d.o.o.	4	MCS grupa d.o.o.
5	IPT d.o.o.	5	PNT- Primjena Novih Tehnologija	5	PNT- Primjena Novih Tehnologija
6	MCS grupa d.o.o.	6	Vegasoft	6	Vegasoft
7	PNT- Primjena Novih Tehnologija	7	IPT d.o.o.	7	IPT d.o.o.
8	Vegasoft	8	AdriaSoft	8	Inmed software

Rd. br.	Stomatološka zdravstvena zaštita G5
1	AdriaSoft
2	IN-CON d.o.o.
3	S.D. Informatika d.o.o.
4	MCS grupa d.o.o.
5	Aplikacija d.o.o.
6	PNT- Primjena Novih Tehnologija
7	Inmed software

U _____ mjesto _____ datum _____

		M.P.
Faksimil zdravstvenog djelatnika	Potpis zdravstvenog djelatnika	Mjesto pečata zdravstvene ustanove