



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Dopunsko
zdravstveno
osiguranje

PONUĐA ZA SKLAPANJE UGOVORA
O POSLOVNOJ SURADNJI U DOPUNSKOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Ugovaratelj: (naziv i sjedište)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MB ili MBG/OIB ugovaratelja

Ime, prezime i dužnost osobe ovlaštene za sklapanje ugovora

IZNOS GODIŠNJE PREMIJE:

840,00 kn

UVJETI PLAĆANJA¹:

- a) mjesečno
- b) tromjesečno
- c) polugodišnje
- d) godišnje

FAKTURIRATI²:

na papiru - na disketi

BROJ OSIGURANIH OSOBA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mjesto i datum:

Žig i potpis ugovaratelja:

PRILOG:

Popis radnika

Napomena:

- Za sklapanje ugovora nadležan je mjesno nadležni regionalni ured/područna služba Zavoda.
- U slučaju da ugovaratelj ima poslovne jedinice na području više regionalnih ureda/područnih službi Zavoda, za sklapanje ugovora nadležna je Direkcija Zavoda, a za izdavanje polica regionalni ured/područna služba po adresi poslovne jedinice ugovaratelja. Stoga ugovaratelj obavezno Popis radnika i članova obitelji sačinjava prema mjestu rada radnika.
- U slučaju da se iz ponude ne da zaključiti prava namjera ponuditelja ili njegov identitet, Zavod će takvu ponudu odbiti.

¹ obvezno zaokružiti samo jednu od ponuđenih mogućnosti, u protivnom se pretpostavlja mogućnost pod a)

² obvezno zaokružiti, u protivnom osiguratelj pridržava pravo izbora načina fakturiranja