



Obrazac 2. Zahtjev za izdavanje mišljenja o opravdanosti osnivanja, proširenja ili promjene djelatnosti, te promjenu sjedišta pružatelja usluga iz djelokruga djelatnosti primaljstva u ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

\_\_\_\_\_  
(Ime i prezime podnositelja)

\_\_\_\_\_  
(Adresa stanovanja)

**HRVATSKA KOMORA PRIMALJA  
RADNA SKUPINA ZA PRIMALJSKU PRAKSU  
ULICA GRADA MAINZA 11  
10 000 ZAGREB**

**Predmet:      Zahtjev za izdavanje mišljenja o opravdanosti osnivanja/ proširenja ili  
promjene djelatnosti / promjene sjedišta pružatelja usluga iz djelokruga  
djelatnosti primaljstva u zdravstvenoj ustanovi/podružnici zdravstvene ustanove**

*Molim Naslov da izda mišljenje o opravdanosti:*

- OSNIVANJA ZDRAVSTVENE USTANOVE IZ DJELOKRUGA DJELATNOSTI PRIMALJSTVA
- OSNIVANJE PODRUŽNICE ZDRAVSTVENE USTANOVE IZ DJELOKRUGA DJELATNOSTI PRIMALJSTVA
- PROŠIRENJE ILI PROMJENA DJELATNOSTI ZDRAVSTVENE USTANOVE IZ DJELOKRUGA DJELATNOSTI PRIMALJSTVA
- PROMJENE SJEDIŠTA ZDRAVSTVENE USTANOVE

*Djelatnost primaljstva obavljat će se:*

- U OSNOVNOJ MREŽI ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI
- IZVAN OSNOVNE MREŽE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI obavljat će se:

- sve djelatnosti iz članka 15.a i 15.b Zakona o primaljstvu ili
- sve djelatnosti iz članka 15.a i 15.b osim djelatnosti iz članka 15.b stavak 1. alineja 4. i 5. Zakona o primaljstvu

U PODRUŽNICI ZDRAVSTVENE USTANOVE obavljat će se:

- sve djelatnosti iz članka 15.a i 15.b Zakona o primaljstvu ili
- sve djelatnosti iz članka 15.a i 15.b osim djelatnosti iz članka 15.b stavak 1. alineja 4. i 5. Zakona o primaljstvu

(označiti X u koju svrhu postavljate zahtjev)

*Opći podaci o osnivaču*

*Ime i prezime:*

*OIB:*

*Adresa stanovanja:*

*Broj odobrenja za samostalan rad*

*Naziv odnosno tvrtka osnivača koja će obavljati djelatnosti primaljstva:*

*Mjesto i adresa pružatelja usluga:*

*Naziv djelatnosti pružatelja usluga iz područja primaljstva:*

*OPIS POSTUPAKA koje će obavljati pružatelj usluga u području djelatnosti primaljstva;*

*Naziv djelatnosti za koji se traži proširenje ili promjena djelatnosti:*

U prilogu dostavljam sljedeće:

(ZAKRUŽITI ŠTO SE DOSTAVLJA OD PRILOGA)

- 1.) *prijedlog akta o osnivanju pružatelja usluga iz djelatnosti primaljstva*
- 2.) *dokaz o završenoj višoj stručnoj spremi za prvostupnicu/ka primaljstva,*
- 3.) *dokaz o radnom iskustvu iz primaljske djelatnosti i to:*
  - *za sve djelatnosti iz članka 15.a i 15.b Zakona o primaljstvu u trajanju od 10 godina*
  - *za ostale djelatnosti iz članka 15.a i 15.b Zakona o primaljstvu osim djelatnosti iz članka 15.b stavak 1. alineja 4. i 5. u trajanju od 7 godina.*
- 4.) *dokaz o uredno podmirenim članarinama Hrvatskoj komori primalja ukoliko je podnositelj zahtjeva član/ica Komore,*
- 5.) *dokaz da podnositelj zahtjeva nije u disciplinskom postupku pred Sudom Komore proglašen/a krivom/im,*
- 6.) *dokaz o pravu korištenja prostora u kojem se namjerava pružati usluga,*
- 7.) *dokaz o podmirenju troškova postupka davanja mišljenja*
- 8.) *dokaz o promjeni sjedišta pružatelja usluga (ukoliko se traži promjena sjedišta)*

*Obvezujem se danom početka obavljanja djelatnosti zaključiti policu osiguranja i dokaz o istome dostaviti Hrvatskoj komori primalja. Upoznat/a sam sa posljedicom ne dostave iste.*

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Potpis*