



PRISTUPNI LIST

 Prijava ovlaštenja Opoziv ovlaštenja

1. Podaci o podnositelju zahtjeva za aktivacijom pristupa na uslugu

Šifra zdravstvene ustanove/
privatnog zdravstvenog radnika *

Naziv zdravstvene ustanove/privatnog zdravstvenog radnika

--	--

Naselje, ulica i broj

Poštanski broj i naziv pošte

--	--

OIB zdravstvene ustanove/privatnog zdravstvenog radnika

--

2. Podaci o kontakt-osobi

Ime i prezime

OIB

--	--

Kontakt e-mail

Kontakt telefon

Kontakt mobitel

--	--	--

3. Podaci o ovlaštenim osobama za unos podataka u ePonudu

Ime i prezime ovlaštene osobe	OIB ovlaštene osobe	e-mail adresa ovlaštene osobe	Ima li osoba već HZZO pametnu karticu (IMA/NEMA)**

* Ukoliko zdravstvena ustanova/privatni zdravstveni radnik nema šifru, potrebno je polje ostaviti prazno i priložiti rješenje Ministarstva zdravstva.

** Ukoliko osoba nema pametnu karticu, ista će toj osobi osnovom ovog zahtjeva biti izrađena.

U _____, dana _____

Potpis ovlaštene osobe podnositelja zahtjeva
(zdravstvene ustanove/ privatnog zdravstvenog radnika)

M.P.

KLASA:

URBROJ:

Datum:

Potpis odgovorne osobe HZZO