

e-Zdravstveno osiguranje

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



PRISTUPNI LIST

Prijava ovlaštenja

Opoziv ovlaštenja

1. Podaci o podnosiocu zahtjeva za aktivacijom pristupa na uslugu

Naziv poslovnog subjekta – pravne ili fizičke osobe

PERO d.o.o.

Naselje, ulica i broj

Poštanski broj i naziv pošte

Teslina 45, Zagreb

10 000 Zagreb

Kontakt e-mail

Kontakt telefon

pero@hzzo-net.hr

01/1234-567

OIB

21345678904


2. Podaci o korisnicima usluge, ovlaštenim osobama poslovnog subjekta pravne / fizičke osobe, koje će koristiti elektroničke usluge – određuje ovlaštena osoba za zastupanje podnosioca zahtjeva

Ime i prezime ovlaštene osobe	OIB ovlaštene osobe	e-mail adresa ovlaštene osobe	Broj FINA e-kartice ili HZZO smart kartice*	Usluga**	
				e-Prijava na obv. zdrav. osiguranje	e-Prijava o ozljedi na radu
Marko Markić	78912345601	marko@hzzo-net.hr	FINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Navesti podatke isključivo o onoj kartici koja će se koristiti za ovu uslugu. Ukoliko je polje neispunjeno, podrazumijeva se da osoba nema niti jednu od navedenih kartica te će osobi biti izrađena kartica.

** označiti kvadratić sa „X“

U ZAGREBU, dana 05.03.2018.


Potpis ovlaštene osobe za zastupanje

M.P.

KLASA:

URBROJ:

Datum:

Potpis odgovorne osobe HZZO