



ZAHTJEV ZA IZDAVANJE OSOBNOG DIGITALNOG CERTIFIKATA ZA RADNIKA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

A. Podaci o pravnoj osobi podnosiocu zahtjeva	
Naziv pravne osobe	
OIB pravne osobe	
Ulica i kućni broj	
Mjesto i poštanski broj	

B. Podaci o ovlaštenoj osobi podnosioca zahtjeva	
Ime	
Prezime	
OIB	
Telefon	
Telefaks	
E-mail	
Mobitel	

C. Podaci o tehničkom kontaktu za ostvarenje zahtjeva na strani podnosioca zahtjeva	
Ime fizičke osobe	
Prezime fizičke osobe	
OIB fizičke osobe	
Naziv pravne osobe	
OIB pravne osobe	
Ulica i kućni broj	
Mjesto i poštanski broj	
Telefon	
Telefaks	
E-mail	
Mobitel	

D. Podaci o fizičkoj osobi za koju se izdaje osobni digitalni certifikat	
Ime fizičke osobe	
Prezime fizičke osobe	
OIB fizičke osobe	
MBO fizičke osobe	

E. Certifikat se izdaje za dobivanje sljedećih ovlasti (odaberite jednu ili više mogućnosti):		
<input type="checkbox"/> liječni-k/ca opće obit.med.	<input type="checkbox"/> inženjer/ka u laboratoriju	<input type="checkbox"/> pedijat-ar/rica
<input type="checkbox"/> sestra/brat	<input type="checkbox"/> tehničar/ka u laboratoriju	<input type="checkbox"/> liječni-k/ca školske medicine
<input type="checkbox"/> ljekarni-k/ca	<input type="checkbox"/> stomatolog/inja	<input type="checkbox"/> administrator/ica PZZ
<input type="checkbox"/> farmaceutski tehničar/ka	<input type="checkbox"/> ginekolog/inja	<input type="checkbox"/> administrator/ica ZZJZ

Potpis ovlaštene osobe podnosioca zahtjeva:	Potpis fizičke osobe tehničkog kontakta:
M.P.	M.P.

Obradio

Potpis

Datum obrade

