



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

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

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

C. Podaci o tehničkom kontaktu za ostvarenje zahtjeva na strani podnositelja zahtjeva	
Ime fizičke osobe	
Prezime fizičke osobe	
OIB fizičke osobe	
<i>Naziv pravne osobe</i>	
<i>OIB pravne osobe</i>	
<i>Ulica i kućni broj</i>	
<i>Mjesto i poštanski broj</i>	
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 (<i>odaberite jednu ili više mogućnosti</i>):	
<input type="checkbox"/> administrator/ica za e-Naručivanje	<input type="checkbox"/> državna zdravstvena ustanova (DZU)
<input type="checkbox"/> medicinska sestra/brat u SKZZ-u	<input type="checkbox"/> administrator/ica u bolnici i SKZZ-u
<input type="checkbox"/> liječni-k/ca u SKZZ-u	<input type="checkbox"/> administrator/ica DTS računa
<input type="checkbox"/> tehničar/ka u SKZZ-z	<input type="checkbox"/> korisni-k/ca InfoForBIS

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

Obradio

Potpis

Datum obrade

