

**Povezivanje SKZZ ordinacija sa Informacijskim sustavom primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske****Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlaštenja za zdravstvene djelatnike** DODJELA OVLAŠTENJA OPOZIV OVLAŠTENJA**1. Podaci o SKZZ ordinaciji**

Naziv

Šifra ustanove

Šifra djelatnosti

Naziv djelatnosti

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Adresa

**2. Podaci o zdravstvenim djelatnicima, ovlaštenim osobama za pristup Informacijskom sustavu primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske**

Ime i prezime zdravstvenog djelatnika	MBO	Šifra zdravstvenog djelatnika	Nositelj tima	Član tima
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>
			Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Liječnik <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/>

**Napomene:**

- Svi zdravstveni djelatnici za koje je zatraženo ovlaštenje predajom ove tiskanice Zavodu, imati će pristup Informacijskim sustavom primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske.
- Opozivom ovlaštenja sprječava se zlouporaba dodjeljenih ovlasti, odnosno pristup CEZIH-u.

M.P.

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe za zastupanje  
zdravstvene ustanove