

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**  
**Povezivanje Ovlaštenih isporučitelja pomagala sa Centralnim informacijskim sustavom u Republici Hrvatskoj**

Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlaštenja za djelatnike

DODJELA OVLAŠTENJA

OPOZIV OVLAŠTENJA

**1. Podaci o ovlaštenom isporučitelju pomagala**

Naziv ovlaštenog isporučitelja pomagala i adresa

Šifra ovlaštenog isporučitelja

OIB

Proizvođač programske podrške:

Datum početka ugovora s dobavljačem programske podrške

**2. Popis djelatnika, ovlaštenih osoba isporučitelja pomagala za pristup Informacijskom sustavu u Republici Hrvatskoj**

Šifra ovlaštenog isporučitelja / jedinice	Broj telefona ovlaštenog isporučitelja / jedinice	Ime i prezime djelatnika ovlaštenog isporučitelja	OIB	MBO	Mobilni broj djelatnika ovlaštenog isporučitelja pomagala	Datum rođenja	Stručna sprema (završeni obrazovni profil, tipa diplomirana medicinska sestra, SSS ekonomist, VŠS informatičar....)	Vrsta radnog odnosa (neodređeno, određeno...)	Datum prijave u radni odnos	Ovlaštena osoba za zastupanje
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
										<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

Napomene:

- Djelatnici za koje je zatraženo ovlaštenje predajom ove tiskanice Zavodu, imati će pristup Informacijskim sustavu u Republici Hrvatskoj. Opozivom ovlaštenja sprječava se zlouporaba dodjeljenih ovlasti, odnosno pristup CEZIH-u.
- Broj telefona ovlaštenog isporučitelja pomagala, odnosno mobilni broj telefona ovlaštenog isporučitelja pomagala je broj s kojeg će djelatnik zvati Helpdesk Zavoda u slučaju incidenta. Broj telefona pozivatelja će se povratnim pozivom provjeravati.

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

\_\_\_\_\_  
 Potpis ovlaštene osobe za zastupanje  
 ovlaštenog isporučitelja pomagala

M.P.

