HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Povezivanje Ovlaštenih isporučitelja pomagala sa Centralnim informacijskim sustavom u Republici Hrvatskoj

Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlaštenja za zdravstvene 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 zdravstvenih djelatnika ovlaštenog isporučitelja pomagala za pristup Informacijskom sustavu u Republici Hrvatskoj

Šifra ovlaštenog isporučitelja / jedinice	Broj telefona ovlaštenog isporučitelja / jedinice	Ime i prezime zdravstvenog djelatnika	MBO zdravstvenog djelatnika	Šifra zdravstvenog djelatnika	Mobilni broj zdravstvenog djelatnika	Ovlaštena osoba za zastupanje (zdravstveni djelatnik)
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne
						☐ Da ☐ Ne

Napomene:

- Zdravstveni 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_____ _____ M.P.

Potpis ovlaštene osobe za zastupanje ovlaštenog isporučitelja pomagala