

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Pristup HZZO portalu

Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlaštenja za pristup HZZO portalu

DODJELA OVLAŠTENJA

OPOZIV OVLAŠTENJA

1. Podaci o zdravstvenoj ustanovi /organizacijskoj jedinici

Naziv zdravstvene ustanove /organizacijske jedinice i adresa

Šifra zdravstvene ustanove /organizacijske jedinice

OIB zdr.ustanove

2. Popis djelatnika, ovlaštenih osoba zdravstvene ustanove za pristup Informacijskom sustavu u Republici Hrvatskoj

Redni broj	Šifra zdravstvene ustanove /organizacijske jedinice	MBO djelatnika	OIB djelatnika	Šifra zdr. djelatnika	Ime i prezime djelatnika	Za djelatnost: 1080000 - Patronažna zdravstvena zaštita 1010100 - Zdravstvena njega u kući	Broj telefona zdravstvene ustanove /mobilni broj djelatnika	Adresa elektroničke pošte	Datum od	Datum do	Ovlaštena osoba za zastupanje (djelatnik)
* Popuniti dodatno samo za nezdravstvene djelatnike kojima je potrebno dodijeliti šifru zdr.djelatnika						* Datum rođenja	* Stručna sprema (završeni obrazovni profil, tipa SSS ekonomist, VŠS informatičar, fizioterapeut....)	* Vrsta radnog odnosa (neodređeno, određeno...)	* Datum prijave u radni odnos		
1.											<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2.											<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3.											<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
4.											<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
5.											<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Napomene: ukoliko zdravstvena ustanova nema organizacijsku jedinicu upisuje se šifra zdravstvene ustanove

- Djelatnici za koje je zatraženo ovlaštenje predajom ove tiskanice Zavodu, imati će pristup zaštićenom djelu HZZO portala
- Opozivom ovlaštenja sprječava se zlouporaba dodjeljenih ovlasti, odnosno pristup HZZO portalu
- Broj telefona zaposlenika u zdr. ustanovi, odnosno mobilni broj telefona 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