



## PRISTUPNI LIST

 Prijava ovlaštenja

 Opoziv ovlaštenja

## 1. Podaci o podnosiocu zahtjeva za aktivacijom pristupa na uslugu

Šifra zdravstvene ustanove/  
privatnog zdravstvenog radnika \*

Naziv zdravstvene ustanove/privatnog zdravstvenog radnika

--	--

Naselje, ulica i broj

Poštanski broj i naziv pošte

--	--

OIB zdravstvene ustanove/privatnog zdravstvenog radnika

--

## 2. Podaci o kontakt-osobi

Ime i prezime

OIB

--	--

Kontakt e-mail

Kontakt telefon

Kontakt mobitel

--	--	--

## 3. Podaci o ovlaštenim osobama za unos podataka u ePonudu

Ime i prezime ovlaštene osobe	OIB ovlaštene osobe	e-mail adresa ovlaštene osobe	Ima li osoba već HZZO pametnu karticu (IMA/NEMA)**

\* Ukoliko zdravstvena ustanova/privatni zdravstveni radnik nema šifru, potrebno je polje ostaviti prazno i priložiti rješenje Ministarstva zdravstva.

\*\* Ukoliko osoba nema pametnu karticu, ista će toj osobi osnovom ovog zahtjeva biti izrađena.

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

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe podnosioca zahtjeva  
(zdravstvene ustanove/ privatnog zdravstvenog radnika)

M.P.

KLASA:

URBROJ:

Datum:

\_\_\_\_\_  
Potpis odgovorne osobe HZZO