

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Povezivanje ljekarni sa Informacijskim sustavom primarne
zdravstvene zaštite Republike Hrvatske

Zahtjev za dodjelom/opozivom ovlaštenja za ljekarnike

DODJELA OVLAŠTENJA

OPOZIV OVLAŠTENJA

1. Podaci o ugovornoj zdravstvenoj ustanovi - ljekarni

Naziv ljekarne i adresa

Šifra ljekarne

OIB

2. Popis ljekarnika, ovlaštenih osoba za pristup Informacijskom sustavu primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske

Ime i prezime ljekarnika	MBO ljekarnika	Šifra ljekarnika	Šifra ljekarne / ljekarničke jedinice	Broj telefona ljekarne / ljekarničke jedinice	Mobilni broj telefona ljekarnika	Ovlaštena osoba za zastupanje (vlasnik ljekarne)
						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 <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"/>

Napomene:

- Ljekarnici za koje je zatraženo ovlaštenje predajom ove tiskalice Zavodu, imati će pristup Informacijskim sustavom primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske. Opozivom ovlaštenja sprječava se zlouporaba dodjeljenih ovlasti, odnosno pristup CEZIH-u.
- Broj telefona ljekarne/ljekarničke jedinice, odnosno mobilni broj telefona ljekarnika je broj s kojeg će ljekarnik zvati Helpdesk Zavoda u slučaju incidenta. Broj telefona pozivatelja će se povratnim pozivom provjeravati.

U _____ dana _____

Potpis ovlaštene osobe za zastupanje
ugovorne zdravstvene ustanove
(vlasnik ljekarne)

M.P.