

**Prijava/odjava/sprememba**

**uporabe spletne storitve** **za izmenjavo podatkovnih pošiljk**

Št. dokumenta (izpolni ZZZS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  1 |  Izvajalec zdravstvenih storitev ali drug poslovni subjekt |
| Naziv:  |
| Naslov:  |
| ZZZS št. izvajalca oz. dobavitelja MP / matična št. poslovnega subjekta, ki ni izvajalec:  |
|  2 | Prijava/odjava/sprememba |
| 🞎 Se prijavljam za uporabo spletne storitve | 🞎 Sporočam podatke o novem digitalnem potrdilu  |
| Izdajatelj digitalnega potrdila - dovoljena so le spletna digitalna potrdila za pravne osebe: |
| 🞎 SIGEN-CA | 🞎 Postar-CA |
| 🞎 SIGOV-CA | 🞎 HALCOM-CA |
| Serijska številka digitalnega potrdila\*:\* Navedite podatek SERIALNUMBER, ki se nahaja v sklopu Subject (Nosilec). |
| 🞎 Odjavljam uporabo spletne storitve |
|  3 | Kontaktni podatki |
| Kontaktna oseba:  |
| Elektronski naslov:  |
| Kontaktni telefon:  |

Kraj, datum: Žig in podpis delodajalca: