

**Prijava/odjava/sprememba**

**za pošiljanje/prevzem podatkov o cenah zdravil**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Podatki o zavezancu |
| Naziv: | |
| Naslov: | |
| ZZZS št. zavezanca (izpolnijo samo izvajalci, pogodbeni partnerji ZZZS): | |
| Matična št. zavezanca: | |
| Skupina zavezanca (obkrožite skupino, kateri pripadate):  3 - zavezanci lekarniške in druge zdravstvene dejavnosti, financirane iz javnih sredstev, v postopkih javnega naročanja  4 - imetniki dovoljenj za promet z zdravilom, ki so osebe javnega prava, ustanovljene v Republiki Sloveniji  5 - nosilci zdravstvenega zavarovanja, ki poravnavajo stroške izdanih zdravil  6 - poslovni subjekti, v katerih se za njihove varovance oziroma varovanke izvajajo zdravstvene storite v programih socialnega varstva  7 - Slovenska vojska za namen podpore zdravstvene oskrbe svojih pripadnikov  8 - nosilci sistemskih pristojnosti na področju javnega zdravja in državnih blagovnih rezerv  9 - ministrstvo, pristojno za zdravje  10 - ministrstvo, pristojno za kontrolo cen | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Podatki o uporabnikih portala za pošiljanje in prevzem podatkov o cenah zdravil | |
| **1. UPORABNIK** 🞎 ga prijavljam 🞎 ga odjavljam | | |
| Ime in priimek: | | |
| EMŠO: | | |
| Portal bo uporabljal za: | |  |
| 🞎 Pošiljanje podatkov o cenah zdravil | | 🞎 Prevzem podatkov o cenah zdravil |
| **2. UPORABNIK** 🞎 ga prijavljam 🞎 ga odjavljam | | |
| Ime in priimek: | | |
| EMŠO: | | |
| Portal bo uporabljal za: | |  |
| 🞎 Pošiljanje podatkov o cenah zdravil | | 🞎 Prevzem podatkov o cenah zdravil |
| **3. UPORABNIK** 🞎 ga prijavljam 🞎 ga odjavljam | | |
| Ime in priimek: | | |
| EMŠO: | | |
| Portal bo uporabljal za: | |  |
| 🞎 Pošiljanje podatkov o cenah zdravil | | 🞎 Prevzem podatkov o cenah zdravil |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Podatki za uporabo spletne storitve za **prevzem** podatkov o cenah zdravil  Izpolnite samo, če boste podatke o cenah zdravil prevzemali s pomočjo spletne storitve. | |
| 🞎 Se prijavljam za uporabo spletne storitve za prevzem podatkov o cenah zdravil | | |
| 🞎 Sporočam podatke o novem digitalnem potrdilu | |  |
| Izdajatelj dig. potrdila - dovoljena so le spletna digitalna potrdila za splošne nazive, ki glasijo na vas kot pravno osebo: | | |
| 🞎 SIGEN-CA | | 🞎 Postar-CA |
| 🞎 SIGOV-CA | | 🞎 HALCOM-CA |
| Serijska številka digitalnega potrdila: | | |
| 🞎 Odjavljam uporabo spletne storitve za prevzem podatkov o cenah zdravil | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | Kontaktni podatki zavezanca |
| Kontaktna oseba: | |
| Elektronski naslov: | |
| Kontaktni telefon: | |

Kraj, datum: Žig in podpis odgovorne osebe zavezanca: