

**Prijavni list za profesionalno kartico** Št. dokumenta (izpolni ZZZS): \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  Imetnik profesionalne kartice |  |
| Priimek:  |
| Ime:  |
| Naslov za pošiljanje PK in gesla:  |
| ZZZS št.:  | NIJZ št. | Kontaktni telefon: |
| **Vnos ZZZS št. je obvezen, sicer izdaja PK ni možna!** |
| 2 |  Vrsta prijave |  |  |
| 🞎 Prva izdaja profesionalne kartice |
| 🞎 Nadaljnja izdaja profesionalne kartice in/ali | 🞎 Nadaljnja izdaja rezervne profesionalne kartice zaradi: |
| 🞎 Sedanja PK okvarjena | 🞎 Sedanja PK ukradena | 🞎 Sedanja PK blokirana |
| 🞎 Sedanja PK poškodovana | 🞎 Sedanja PK / PIN izgubljena | 🞎 Sprememba osebnih podatkov |
|  |  | 🞎 Drug razlog zamenjave |
| 🞎 Dodelitev GSM številke za delo na terenu | 🞎 Ukinitev GSM številke za delo na terenu |
| 🞎 Sprememba GSM številke za delo na terenu | GSM številka za delo na terenu: |

Seznanjen sem z Navodilom o profesionalni kartici in pooblastilih, ter ga sprejemam. Izjavljam, da so posredovani podatki točni in da bom pravočasno posredoval vse spremembe.

Kraj, datum: Podpis imetnika PK:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 |  Delodajalec |  |  |
| Naziv:  |
| Naslov:  |
| ZZZS št.:  | NIJZ št.:  | Kontaktni telefon:  |
| 4 |  Pooblastila |  |  |
| 🞎 Prva dodelitev pooblastil imetniku PK | Če je znano, vpišite še: |
| 🞎 Odvzem vseh pooblastil imetniku PK | Pooblastilo velja od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 Sprememba obstoječih pooblastil imetnika PK (označi se želeno končno stanje) | Pooblastilo velja do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 1 - Izbrani osebni zdravnik splošni | 🞎 4 - Drugi zdravstveni delavec | 🞎 11 - Izvajalec reševalnega prevoza |
| 🞎 2 - Izbrani osebni zdravnik ginekolog | 🞎 17 - Medicinske sestre | 🞎 13 - Izvajalec storitev po delovnem nalogu |
| 🞎 3 - Izbrani osebni zobozdravnik | 🞎 20 - Dipl. med. sestre | 🞎 14 - Bolnišnični koordinator za transplantacije |
| 🞎 5 - Napotni zdravnik ambulantni, NMP | 🞎 8 - Farmacevt | 🞎 16 - Referent PZZ |
| 🞎 6 - Napotni zdravnik zdraviliški | 🞎 9 - Farmacevtski tehnik | 🞎 18 - Robot |
| 🞎 7 - Napotni zdravnik bolnišnični | 🞎 10 - Izdajatelj MTP | 🞎 19 – Uporabnik pošiljk za izmenjavo podatkov |

Seznanjen sem z Navodilom o profesionalni kartici in pooblastilih, ter ga sprejemam. Izjavljam, da so posredovani podatki točni in da bom pravočasno posredoval vse spremembe.

Kraj, datum: Žig in podpis delodajalca: