

**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). | | |
| 🞎 S spletno storitvijo bom prevzemal pošiljke s podatki o aktivnih izbirah in o prekinitvah izbir osebnih zdravnikov | | | |
| 🞎 Odjavljam uporabo spletne storitve | | |
| 3 | Kontaktni podatki | |
| Kontaktna oseba: | | |
| Elektronski naslov: | | |
| Kontaktni telefon: | | |

Kraj, datum: Žig in podpis delodajalca: