

**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: