

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  **Imetnik profesionalne kartice (PK)** |  |
| Priimek:  |
| Ime:  |
| Naslov za pošiljanje PK in gesla:  |
| ZZZS št.:  |  RIZDDZ št. | Kontaktni telefon: |
| **Vnos ZZZS št. je obvezen, sicer izdaja PK ni možna!** |
| 2 |  **Vrsta prijave** |  |  |
| 🞎 **Prva izdaja PK** |
| 🞎 **Nadaljnja izdaja PK** in/ali | 🞎 **Nadaljnja izdaja rezervne PK** 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.:  |  RIZDDZ 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 - IOZ: splošni, družinski, šolski, v DSO, pediater | 🞎 2 - IOZ: ginekolog  | 🞎 3 - IOZ: zobozdravnik  |
| 🞎 4 – Drug zdrav. delavec | 🞎 17 – Drug zdrav. delavec: medicinska sestra | 🞎 20 – Drug zdrav. delavec: diplomirana medicinska sestra |
| 🞎 21 – Drug zdrav. delavec: zdrav. delavci – darovanje krvi | 🞎 22 – Drug zdrav. delavec: patronaža, medicinska sestra v ZVC/CKZ |  |
| 🞎 5 - Napotni zdravnik: ambulantni, NMP | 🞎 6 - Napotni zdravnik: zdraviliški  | 🞎 7 - Napotni zdravnik: bolnišnični  |
| 🞎 8 – Lekarna: farmacevt | 🞎 9 – Lekarna: farmacevtski tehnik |  |
| 🞎 10 - Izdajatelj MP  | 🞎 11 – Izvajalec reševalnega prevoza | 🞎 13 – Izvajalec storitev po delov. nalogu |
| 🞎 14 – Bolnišnični in centralni transplantacijski koordinator | 🞎 16 – Referent PZZ | 🞎 18 – Sistemska PK - robot |
| 🞎 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: