

**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: