

**Prijava/odjava/sprememba**

**dostopa do sistema on-line iz vrstomata**

Št. dokumenta (izpolni ZZZS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Izvajalec zdravstvenih storitev | |
| Naziv: | | |
| Naslov: | | |
| ZZZS št. izvajalca: | | |
| 2 | Prijava/odjava/sprememba | |
| 🞎 Se prijavljam za dostope iz vrstomata | | 🞎 Sporočam podatke o novem digitalnem potrdilu |
| Proizvajalec vrstomata: | | |
| Serijska številka digitalnega potrdila SIGEN-CA\*:  \* Navedite podatek, ki se nahaja v polju Serijska številka. | | |
| 🞎 Odjavljam uporabo spletne storitve | | |
| 3 | Kontaktni podatki | |
| Kontaktna oseba: | | |
| Elektronski naslov: | | |
| Kontaktni telefon: | | |

Potrjujemo, da izpolnjujemo pogoje za varne dostope do sistema on-line iz vrstomata, ki so navedeni v 4. poglavju dokumenta »Tehnično navodilo in pogoji za varen dostop do sistema on-line iz vrstomata«.

Potrjujemo, da bomo s podatki ravnali v skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov in pravom Evropske unije.

Kraj, datum: Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca: