

e-Zdravstveno osiguranje

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PRISTUPNI LIST za uslugu e-Prijava

Prijava ovlaštenja

Opoziv ovlaštenja

1. Podaci o podnosiocu Zahtjeva za aktivacijom usluge e-Prijava

Naziv poslovnog subjekta – pravne / fizičke osobe

Naselje, ulica i broj

Poštanski broj i naziv pošte

Kontakt e-mail

Kontakt telefon

OIB

2. Podaci o korisnicima usluge e-Prijava, ovlaštenim osobama poslovnog subjekta pravne / fizičke osobe, koje će podnositi elektroničke prijave - određuje ovlaštena osoba za zastupanje podnosioca Zahtjeva.

Ime i prezime ovlaštene osobe	OIB	e-mail adresa	Broj FINA e-kartice ili HZZO smart kartice

M.P.

U _____ dana _____

Potpis ovlaštene osobe za zastupanje

M.P.

Klasa:
Ur.broj:
Datum:

Potpis odgovorne osobe Zavoda