

e-zdravstveno osiguranje

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PRISTUPNI LIST za pravnu osobu korisnika e-prijave

PRIJAVA PRAVA
 OPOZIV PRAVA

DODJELA OVLAŠTENJA
 OPOZIV OVLAŠTENJA

1. Podatci o pravnoj osobi, korisniku e-prijave

Naziv pravne osobe			
Broj obveze			
Matični broj DZZS	Ulica i broj		
E-mail	Naselje		
Telefon	Poštanski broj		

2. Podatci o ovlaštenim osobama pravne osobe korisnika e-prijave koje će podnositi e-prijavu:

2.1. Ovlaštene osobe-radnici pravne osobe korisnika e-prijave

Ime i prezime ovlaštene osobe, radnika pravne osobe	MBG (matični broj građana)

- 2.2. Ovlaštene osobe-radnici druge pravne ili fizičke osobe, koje u ime korisnika e-prijave podnose e-prijavu.

Ime i prezime ovlaštene osobe, radnika druge pravne ili fizičke osobe	MBG (matični broj građana)	Broj obveze pravne/fizičke osobe kod koje je ovlaštena osoba u radnom odnosu

U _____ dana _____

Potpis/elektronički potpis odgovorne osobe
(u pravnoj osobi, korisniku e-prijave)

M.P.

Klasa:
Ur.broj:
Datum:

Potpis/elektronički potpis odgovorne osobe Zavoda