

Nacionalni inštitut za javno zdravje (eZdravje)
Trubarjeva cesta 2
1000 Ljubljana

Pooblastilo za nadzornika(-e) pravic za centralne aplikacije eZdravja

S podpisom tega obrazca, zakoniti zastopnik imenuje v spodnji tabeli nadzornikov **navedeno(-e) osebo(-e) za nadzornika(-e) pravic** (Nadzornik organizacije) v Varnostni shemi aplikacij eZdravje za izvajalca zdravstvene dejavnosti/lekarno. Na ta način jo (jih) pooblašča, da lahko dodeljuje(-jo) pravice za uporabo aplikacij eZdravja za izvajalca zdravstvene dejavnosti/lekarno.

Nadzornik s podpisom potrjuje, da bo kvalificirano digitalno potrdilo, s katerim bo v skladu z navodili (<https://www.ezdrav.si/storitve/varnostna-shema/> – pritisnite na + pri ZDRAVSTVENI DELAVCI - Navodila za nadzornika pravic organizacije) dostopal(a) do Varnostne sheme, varoval(a) pred nepooblaščenimi dostopi in ne bo razkrival(a) podatkov, ki bi tretjim osebam omogočali nepooblaščen dostop.

Tehnični pogoj za določitev nadzornika je, da nadzornik razpolaga z osebnim kvalificiranim digitalnim potrdilom. Brez digitalnega potrdila dostop za nadzornika ni možen.

Za odvzem pooblastil nadzorniku pravic se uporabi isti obrazec. V tem primeru je potrebno izpolniti tretjo tabelo.

Izpolnjen obrazec natisnite, opremite s podpisom zakonitega zastopnika in vseh nadzornikov ter z žigom in pošljite na Nacionalni inštitut za javno zdravje (za eZdravje), Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana. Za hitrejšo rešitev zahtevka lahko scan obrazca pošljete na elektronski naslov euez@nijz.si.

Vsa zahtevana polja morajo biti ustrezno izpolnjena, v nasprotnem primeru bo vloga zavrnjena.

Za potrditev vloge je potrebno oddati pisno in elektronsko vlogo. Pisno vlogo predstavlja ta obrazec, elektronsko vlogo pa je možno oddati na spletnem naslovu <https://storitve.ezdrav.si/VS.web/>

Za dodatne informacije se lahko obrnete na podpora@ezdrav.si ali na 080/72-99 (podpora eZdravja).

Vloga za nadzornika pravic / nadzornika organizacije v Varnostni shemi (eZdravje)

Podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti/lekarni

Naziv IZD/lekarne	
Naslov (ulica in pošta)	
Telefonska številka, elektronski naslov in ime osebe za dodatne informacije o podatkih iz tega pooblastila	

DODELITEV POOBLASTIL – Podatki o nadzornikih pravic za izvajalca zdravstvene dejavnosti/lekarno

Zap. št.	Ime in priimek	Elektronski naslov	Podpis nadzornika
1.			
2.			

ODVZEM POOBLASTIL – Podatki o nadzornikih pravic za izvajalca zdravstvene dejavnosti/lekarno:

Zap. št.	Ime in priimek	Elektronski naslov
1.		
2.		

Podatki o zakonitemu zastopniku

Ime in priimek zakonitega zastopnika	Žig zakonitega zastopnika	Podpis zakonitega zastopnika

V _____, dne _____