



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzzs.si



VLOGA ZA PREKLIC KVALIFICIRANEGA DIGITALNEGA POTRDILA ZA PROFESIONALNO KARTICO

Vlogo za preklic kvalificiranega digitalnega potrdila za profesionalno kartico izpolni imetnik profesionalne kartice. Preklic kvalificiranega digitalnega potrdila lahko zahteva oseba, ki je v skladu s Politiko POŠTA@CA za fizične osebe avtorizirana za ta postopek (v nadaljevanju vlagatelj).

Vlogo za preklic lahko vlagatelj odda osebno na pošti ali po telefonu z geslom za preklic (ki je vlagatelju bilo poslano skupaj z ostalimi gesli za uporabo profesionalne kartice). Pri osebni oddaji vloge je potrebno predložiti veljaven osebni dokument s sliko.

(Izpolni vlagatelj z velikimi tiskanimi črkami)

PODATKI O IMETNIKU POTRDILA

Ime: _____ Priimek: _____

Davčna številka: _____

Serijska številka potrdila: _____

RAZLOG ZA PREKLIC POTRDILA (označite ustrezno)

Preklic zaradi PK Preklic zaradi SPiNa Potek veljavnosti (5 let)

Drugo (razlaga) _____

PODATKE O PREKLICU POSLATI NA (označite ustrezno)

E-naslov imetnika potrdila Poštni naslov imetnika potrdila

S svojim podpisom jamčim, da sem seznanjen-a in da se strinjam z določili iz veljavne Politike POŠTA@CA za fizične osebe. S podpisom jamčim za resničnost podatkov iz te vloge in se obvezujem, da bom sporočil-a vsako spremembo podatkov, ki bi vplivala na veljavnost potrdila.

S podpisom soglašam, da overitelj POŠTA@CA obdeluje, preverja in usklajuje z DURS-om, uporablja in trajno shranjuje podatke iz te vloge v skladu z Zakonom o elektronskem poslovanju in elektronskem podpisu – uradno prečiščeno besedilo (Ur.I.RS 98/2004) in v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Ur.I.RS 86/2004), za namene elektronskega poslovanja pa v skladu z veljavno Politiko overitelja POŠTA@CA.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

(Izpolni prijavna služba overitelja)

PODATKI O POOBLAŠČENI OSEBI PRIJAVNE SLUŽBE

Ime: _____ Priimek: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Št. vloge: _____

