



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



VLOGA ZA PRIDOBITEV KVALIFICIRANEGA DIGITALNEGA POTRDILA ZA IMETNIKE PROFESIONALNE KARTICE

Vlogo za pridobitev kvalificiranega digitalnega potrdila za imetnike profesionalne kartice izpolni bodoči imetnik PK osebno. Izpolnjeno vlogo, ki vsebuje vse podatke o vlagatelju, ki so potrebni za izdajo kvalificiranega digitalnega potrdila za profesionalno kartico, osebno prinese v najbližjo registracijsko pisarno ZZZS.

Javno bodo objavljeni le tisti podatki, ki so vsebovani v samem potrdilu, v skladu s politiko overitelja Politika POŠTA[®]CA za kvalificirana digitalna potrdila za fizične osebe, izdana na profesionalni kartici v sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju Politika overitelja POŠTA[®]CA). Politika je objavljena na spletni strani <http://postarca.posta.si/vloge-in-politika/1491/>. Vsi ostali podatki, ki niso vsebovani v potrdilu ter posledično niso javno objavljeni, bodo varovani kot strogo zaupni in ne bodo uporabljeni v druge nedogovorjene namene.

(Izpolni bodoči imetnik z velikimi tiskanimi črkami)

PODATKI IMETNIKA PROFESIONALNE KARTICE

Ime: _____ Priimek: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Poštna številka in kraj: _____

ZZZS številka: _____ Davčna številka: _____

Št. dokumenta (osebna izkaznica, potni list, evropsko vozniško dovoljenje): _____

Veljavnost dokumenta do: _____

Redno naročanje/menjava PK

Naročanje zaradi poteka veljavnosti PK

S svojim podpisom jamčim, da sem seznanjen-a in da se strinjam z določili iz veljavne Politike overitelja POŠTA[®]CA. 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.l.RS 98/2004) in v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Ur.l.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: _____



Izpolnjeno vlogo je potrebno osebno prinesiti v najbližjo registracijsko pisarno ZZZS.