

**POOBLASTILO ZA POŠILJANJE PODATKOV eSZBO**

Naziv aplikacije za pošiljanje podatkov:

**eSZBO**

**Podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti:**

	(naziv)
	(naslov)
	(območna enota NIJZ*)
	(vsebinsko področje/-a**)

\* podatek se izpolni, če so v proces pošiljanja podatkov vključene Območne enote NIJZ

\*\* podatek se izpolni, če se podatki preko aplikacije pošiljajo za različna vsebinska področja

Direktor(ica) .....

ki zastopam .....

potrjujem, da sta za pošiljanje podatkov preko zgoraj navedene aplikacije pooblaščen naslednji

osebi:

	(ime)
	(priimek)
	(elektronski naslov)
	(številka spletnega digitalnega potrdila***)
	(izdajatelj spletnega digitalnega potrdila)

	(ime)
	(priimek)
	(elektronski naslov)
	(številka spletnega digitalnega potrdila***)
	(izdajatelj spletnega digitalnega potrdila)

\*\*\* Trenutno je dolžina serijske številke spletnega digitalnega potrdila Sigen-ca G2 13 znakov in POSTarCE 6 znakov

O vsaki spremembi (zamenjava pooblaščenih oseb, sprememba e-mail naslovov, zamenjava spletnega digitalnega potrdila, ...) vas bomo pisno obvestili.

Datum:

Podpis direktorja in žig:

Naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada v okviru odziva Unije na pandemijo COVID-19.