

Žiadosť o vydanie elektronického preukaz pracovníka v zdravotníctve

Podaná v súlade s §8a zákona č. 153/2016 Z. z. zákon o národnom zdravotníckom informačnom systéme. Elektronický preukaz pracovníka v zdravotníctve (ePPZ) je technický prostriedok, ktorý slúži na identifikáciu, autentizáciu a autorizáciu pracovníka v zdravotníctve

I. Identifikácia žiadosti

Číslo žiadosti:

Číslo žiadosti vyplní NCZI

II. Identifikácia žiadateľa

Identifikácia oprávnenej osoby žiadateľa a zariadenia

Meno:

Priezvisko:

IČO žiadateľa:

Identifikátor ZZ:

Telefónne číslo:

Adresa sídla žiadateľa

Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

E-mail:

III. Identifikácia osoby, pre ktorú bude ePPZ vydaný

Identifikácia osoby

Meno:

Priezvisko:

Rodné priezvisko:

Titul:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu osoby

Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

Krajina:

Osoba pracuje v organizácii žiadateľa ako

(vyberte a krížikom označte práve jednu z uvedených možností)

- výdajca audio-protetických zdravotníckych pomôcok
- pracovník informačných technológií PZS
- administratívny pracovník určený PZS

Adresa prechodného pobytu osoby

(iba ak je rôzna od adresy trvalého pobytu)

Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

Krajina:

IV. Miesto výkonu činnosti osoby a adresa doručenia

Miesto výkonu činnosti osoby

(Ak nie je vyplnená, za adresu miesta výkonu činnosti sa považuje adresa sídla Žiadateľa)

Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

Krajina:

Adresa doručenia ePPZ

(Ak nie je vyplnená, za adresu doručenia sa považuje adresa sídla Žiadateľa)

Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

Krajina:

V. Žiadosť o elektronický preukaz pracovníka v zdravotníctve

Žiadam týmto Národné centrum zdravotníckych informácií o vydanie elektronického preukazu pracovníka v zdravotníctve pre osobu uvedenú v časti III. tejto žiadosti a jej zaradenie do role uvedenej v časti III. tejto žiadosti.

V prílohe k tejto žiadosti prikladám potvrdenie držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, že osoba, ktorej sa elektronický preukaz pracovníka v zdravotníctve vydáva, vykonáva v zariadení vymedzené úlohy v riadnom pracovnoprávnom vzťahu.

Zároveň potvrdzujem, že všetky údaje, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti o elektronický preukaz pracovníka v zdravotníctve sú pravdivé a sú použité oprávnene. Zároveň beriem na vedomie, že plne zodpovedám za uvedenie nepravdivých údajov, prípadne poškodenie práv tretích subjektov neoprávneným použitím cudzieho vlastníctva.

V dňa

.....

meno, priezvisko, titul a vlastnoručný podpis
oprávnenej osoby žiadateľa