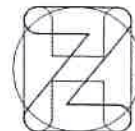


e-Zdravstveno osiguranje

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



PRISTUPNI LIST

☐

Prijava ovlaštenja

☐

Opoziv ovlaštenja

1. Podaci o podnositelju zahtjeva za aktivacijom pristupa na uslugu

Naziv poslovnog subjekta – pravne ili fizičke osobe

GREEN GOLD BIO D.O.O. U STEČAJU

Naselje, ulica i broj

Poštanski broj i naziv pošte

KALDANIJA 18

52460 BUJE

Kontakt e-mail

Kontakt telefon

info@tpconset.hr

052/741942

OIB

66129198657

2. Podaci o korisnicima usluge, ovlaštenim osobama poslovnog subjekta pravne / fizičke osobe, koje će koristiti elektroničke usluge – određuje ovlaštena osoba za zastupanje podnositelja zahtjeva

Ime i prezime ovlaštene osobe	OIB ovlaštene osobe	e-mail adresa ovlaštene osobe	Broj FINA e- kartice ili HZZO smart kartice*	Usluga e-Prijava **		
				na obv. zdrav. osigura- nje	o ozljedi na radu	PNR pravo
ROBERTA GRASSI BARTOLIĆ	118888774 59	info@tpconset.h r	11888877459	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Navesti podatke isključivo o onoj kartici koja će se koristiti za ovu uslugu. Ukoliko je polje neispunjeno, podrazumijeva se da osoba nema niti jednu od navedenih kartica te će osobi biti izrađena kartica.

** označiti kvadratić sa „X“

GREEN GOLD BIO d.o.o.

u stečaju

Kaldanija, Grad Buje

U _____, dana _____

Potpis ovlaštene osobe za zastupanje

M.P.

KLASA:

URBROJ:

Datum:

Potpis odgovorne osobe HZZO