

PODNOŠILAC ZAHTEJEVA

Zavod zdravstvenog osiguranja
Zeničko-dobojskog kantona
72000 Zenica, dr. A. A. Borića 288
tel:+387 32 466 250; fax:+387 32 466 282



The Health Insurance Institute
of Zenica-Doboj Canton
web: www.zzozedo.ba
e-mail: kzzo.ze@zozedo.ba

**Ime i prezime podnosioca zahtjeva
(roditelj, staratelj ili zakonski zastupnik):**

JMB:

Adresa i mjesto prebivališta:

Lična karta broj:

Kontakt telefon:

e-mail:

Ime i prezime (dijete):

JMB (dijete):

PREDMET: Zahtjev za davanje saglasnosti za unos broja lične karte u eRecept za moje mld.dijete

Molim Vas da mi omogućite pristup web aplikaciji eRecept kako bih mogao/mogla provjeriti status propisanih lijekova za moje mldb.dijete _____.

S tim u vezi, dajem:

IZJAVU O SAGLASNOSTI Zavodu zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona, odnosno nadležnoj Poslovnici _____ za unos mog broja lične karte u aplikaciju eRecept, kako bih mogao/mogla pristupiti istoj za provjeru statusa propisanih lijekova za moje mldb.dijete.

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

Potpis podnosioca Izjave o saglasnosti

(puno ime i prezime kao na ličnoj karti)

NAPOMENA:

Ovaj obrazac se popunjava u skladu s zakonom o **Zakona o zaštiti ličnih podataka** ("Službeni glasnik Bosne i Hercegovine" broj:12/25). Svi podaci će biti obrađeni u skladu sa zakonskim propisima o zaštiti privatnosti.