

ПОЛНОМОШНО

Јас _____ со ЕМБГ _____, со адреса на живеење _____ и активна е-маил адреса _____, како овластено лице на ЗУ/правно лице _____, ГО ОПОЛНОМОШТУВАМ _____ со ЕМБГ _____,

ЕЗБО _____, со адреса на живеење _____, со активна е-маил адреса _____, во мое име и за моја сметка да поднесува електронски датотеки за финансиска документација на здравствената установа/правно лице, преку ВЕБ порталот на ФЗОМ и истите електронски да ги потпишува преку користење на дигиталниот сертификат од неговата ЕЗК.

Полномошното ќе остане во сила и ќе има дејство се додека не биде отповикано од долупотпишаниот како и се додека не се создадат технички услови за користење на квалификуван дигитален сертификат на овластеното лице на здравствената установа/правно лице.

Датум: _____

Властодавец

Место: _____

(овластено/и лице /ца ЗУ/правно лице)
