# PRILOGA 1

Ime in naslov organizacije:

**Uprava Republike Slovenije za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin (UVHVVR)**

**Sektor za identifikacijo in registracijo ter informacijske sisteme**

Dunajska cesta 22,

1000 Ljubljana

## VLOGA za dostop do centralnega informacijskega sistema (CIS VET) za poročanje o prodaji in uporabi protimikrobnih zdravil

Prosimo, da uporabniku omogočite dostop do CIS VET UVHVVR:

* za sporočanje podatkov o **PRODAJI** zdravil v aplikacijo ZDPROM ……………
* za sporočanje podatkov o **UPORABI** protimikrobnih zdravil v aplikacijo ZDUPOR
* z obstoječim geslom CIS VET do informacijskega programa za poročanje ………

|  |  |
| --- | --- |
| Osebno ime uporabnika |  |
| Delovno mesto |  |
| EMŠO |  |
| Št. telefona |  |
| e-naslov |  |

Zavezujem se, da bom z osebnimi podatki v zbirkah podatkov aplikacije ZDPROM oziroma ZDUPOR ravnal/-a v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Pravilnikom o zavarovanju osebnih podatkov na Ministrstvu za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano Republike Slovenije (objavljeno na spletni strani UVHVVR) ter z drugimi predpisi s področja varovanja poslovnih skrivnosti.

Zavezujem se, da bom kot uporabnik/-ca aplikacije ZDPROM in ZDUPOR podatke iz CIS VET UVHVVR uporabljal/-a izključno za namen, določen v tem dokumentu. Podatke bom vnašal/-a natančno in sproti v skladu z zakonodajo in navodilom UVHVVR o načinu in postopkih pri vnašanju podatkov v medmrežno aplikacijo (ZDPROM, ZDUPOR) centralnega informacijskega sistema (CIS VET UVHVVR) za spremljanje obsega prometa z zdravili oziroma uporabe protimikrobnih zdravil.

Uporabnik/-ca in odgovorna oseba uporabnika/-ce se zavezujeva obveščati o spremembah glede zgoraj navedenih podatkov, zlasti o uporabniku/-ci, ki pridobljenih pravic ne bo več potreboval/-a, najpozneje v osmih dneh po nastalih spremembah.

Uporabnik/-ca se strinjam, da se mi vročita uporabniško ime in geslo *(ustrezno obkrožite)*:

* **po pošti**
* **na e-naslov, ki je naveden v vlogi**
* **z SMS-sporočilom**

(podpis uporabnika/-ce)

Kraj in datum:

(ime in priimek odgovorne osebe s tiskanimi črkami) (podpis odgovorne osebe)

Vlogo poslati po elektronski pošti: **zdravila.uvhvvr@gov.si**