

## Tehnički podatci i mjesto završetka HealthNet veze na lokaciji

### Osnovni podatci:

Službeni naziv ustanove:	
Službena adresa ustanove (ulica, kućni broj, poštanski broj, mjesto):	
Ravnatelj (ime i prezime, kontakt broj mobitela):	
Tehnička kontakt osoba (ime i prezime, kontakt broj mobitela, e-mail):	
Naziv lokacije:	
Adresa Lokacije:	
Kontakt osoba na lokaciji (ime i prezime, kontakt broj mobitela, e-mail)	

### Podatci o lokaciji:

Statička IP adresa (za ustanove u privatnom vlasništvu već povezane na Internet):	
Davatelj internet usluge (za ustanove u privatnom vlasništvu već povezane na Internet):	
Postoji li neka druga ustanova iz sustava zdravstva koja dijeli istu zgradu sa Vašom ustanovom ili im je zgrada naslonjena na vašu zgradu? Ako da, molimo Vas da navedete ustanovu/e i adresu/e.	
Postoji li neka druga ustanova iz sustava zdravstva u neposrednoj blizini Vaše zgrade (do 100m) a da nije naslonjena na Vašu zgradu? Ako da, molimo Vas da navedete ustanovu/e i adresu/e.	

Imate li u planu preseljenje na drugu lokaciju u sljedećih 12 mjeseci?	
Imate li u planu radove na ustanovi ili preseljenje centra mreže u sljedećih 12 mjeseci?	

**Podatci o mjestu završetka veze na lokaciji:**

<p>Službeni naziv i kat na kojem je smještena prostorija u kojoj je glavni komunikacijski razdjelnik zgrade u kojemu odabrani davatelj usluge treba završiti vezu i u kojega će se smjestiti HealthNet uređaj. Ako na lokaciji ne postoji komunikacijski razdjelnik, a radi se o DSL vezi potrebno je odrediti prostoriju (ordinaciju) u kojoj će se završiti veza u kojoj mora postojati stol/polica/konzola za smještaj opreme. Ovom dokumentu potrebno je priložiti sliku komunikacijskog razdjelnika na kojoj je vidljiv slobodan prostor za smještaj opreme ako postoji komunikacijski razdjelnik na lokaciji (minimalno 3 rack unita slobodnog prostora). Ako na lokaciji ne postoji komunikacijski razdjelnik potrebno je priložiti sliku pozicije na stolu/polici/konzoli za smještaj opreme koja je predviđena za ugradnju opreme.</p>	
---	--

Ravnatelj:

Datum dostave podataka:

---

(ime i prezime tiskanim slovima)

---

(Potpis)

---

(Mjesto za žig)

Za pitanja vezana uz ovaj upitnik ili neka druga pitanja vezana uz HealthNet projekt slobodno kontaktirajte podršku Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu:

**Hrvatski zavod za hitnu medicinu**  
**Planinska 13, 10000 Zagreb**  
**[healthnet-podrska@hzhm.hr](mailto:healthnet-podrska@hzhm.hr)**  
**+385 (1) 8800 100**