



**МИНИСТАРСТВО ЗА НАУЧНОТЕХНОЛОШКИ РАЗВОЈ,
ВИСОКО ОБРАЗОВАЊЕ И ИНФОРМАЦИОНО ДРУШТВО**

Трг Републике Српске 1, Бања Лука; Тел: 051/339-744; факс: 051/338-856;
www.vladars.net; E-mail: ca@mnrvoid.vladars.net

Образац бр. 4 - Захтјев за промјену статуса сертификата квалификованог електронског печата

Захтјевана услуга			
Опозив	Суспензија	Прекид суспензије	
Напомена: Корисник може одабрати само једну услугу.			
Подаци о правном лицу			
Пословно име			
Скраћено пословно име		Матични број (МБ)	
Јединствени идентификациони број (ЈИБ)		Сједиште	
Контакт подаци правног лица			
Адреса			
Телефон		Телефакс	
Адреса електронске поште			
Напомена: Адреса електронске поште је пословна адреса коју подносилац захтјева користи за свакодневну електронску кореспонденцију.			
Подаци о овлаштенем представнику/заступнику			
Презиме		Име	
Пол		Датум рођења	
ЈМБ			
Контакт подаци овлаштеног представника/заступника			
Телефон			
Адреса електронске поште			
Напомена: Адреса електронске поште је пословна адреса коју подносилац захтјева користи за свакодневну електронску кореспонденцију.			
Подаци о важећој личној карти овлаштеног представника/заступника			
Серијски број		Важи до	
Надлежни орган			
Подаци о сертификату			
Серијски број сертификата			
Разлог подношења захтјева за промјену статуса сертификата			
Губитак смарт картице са сертификатима			
Компромитовање или сумња у компромитовање приватног кључа			
Промјена података о кориснику			
Престанак потребе за коришћењем сертификата			
Друго (уписати разлог):			

Изјава овлаштеног представника/заступника			
<i>Изјављујем да су сви подаци наведени у овом Захтјеву тачни и истинити те да су добровољно стављени на располагање сертификационом тијелу Министарства за научнотехнолошки развој, високо образовање и информационо друштво Републике Српске које ће их користити у циљу обављања оvdје захтјеване услуге. Потписом Захтјева потврђујем да сам упознат с „Политиком сертификације“ као и „Практичним правилима пружања услуга сертификације“ ЦА МНРВОИД и пристајем на њихову примјену.</i>			
Потпис овлаштеног представника/заступника			
Потпис:			
Интерна евиденција ЦА МНРВОИД			
Датум пријема	Број захтјева	Својеручни потпис службеника који је примио/обрадио захтјев	М.П.