



KDD

ZAHTEVA ZA ZAMENJAVO KVALIFICIRANEGA POTRDILA

Naziv izdajatelja VP	
Matična številka izdajatelja VP	
Za namen	<input type="checkbox"/> Zaščitene spletne strani <input type="checkbox"/> SRD

Podatki o uporabniku / kontaktni osebi	
Ime	
Priimek	
Telefon	
Elektronski naslov	

Podatki o STAREM kvalificiranem potrdilu	
Izdan za (ime in priimek osebe)	
Izdan pri	<input type="checkbox"/> POSTArCA <input type="checkbox"/> HALCOM-CA <input type="checkbox"/> SIGEN-CA <input type="checkbox"/> SIGOV-CA <input type="checkbox"/> AC-NLB <input type="checkbox"/> EIUS <input type="checkbox"/> REKONO <input type="checkbox"/> SETCCE
Veljaven do	
Serijska številka kvalificiranega potrdila	

Podatki o NOVEM kvalificiranem potrdilu	
Izdan za (ime in priimek osebe)	
Izdan pri	<input type="checkbox"/> POSTArCA <input type="checkbox"/> HALCOM-CA <input type="checkbox"/> SIGEN-CA <input type="checkbox"/> SIGOV-CA <input type="checkbox"/> AC-NLB <input type="checkbox"/> EIUS <input type="checkbox"/> REKONO <input type="checkbox"/> SETCCE
Veljaven do	
Serijska številka kvalificiranega potrdila	

(datum)

(ime in priimek pooblaščenega osebe izdajatelja)

(podpis in žig pooblaščenega osebe izdajatelja)