

Wniosek o utworzenie konta administratora Portalu Świadczeniodawcy

Kod świadczeniodawcy	
----------------------	--

Dane administratora Portalu Świadczeniodawcy:

Nazwa użytkownika / Login (sugerowany)	
Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej	
Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję zapisy Regulaminu na korzystanie z Portalu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb utworzenia konta administratora Portalu.	<i>Data, podpis administratora</i>

Dane osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu:

Imię i nazwisko	
Data, odcisk pieczęci i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli	

Wypełnia POW NFZ:

<i>Data, podpis osoby potwierdzającej zgodność danych osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy</i>	
<i>Data, podpis osoby realizującej wniosek</i>	

Uwaga.

Na podany powyżej adres poczty elektronicznej zostanie wysłane jednorazowe hasło dostępu do portalu. Przy pierwszym logowaniu za jego pomocą, system wymusi zmianę na hasło znane wyłącznie użytkownikowi.