

Wniosek o zablokowanie konta użytkownika Portalu Świadczeniodawcy / Portalu Personelu*

Kod świadczeniodawcy <i>(nie dotyczy Portalu Personelu)</i>	
--	--

Dane użytkownika, którego dotyczy wniosek:

Nazwa użytkownika <i>(dotyczy Portalu Świadczeniodawcy)</i>	
Kod personelu <i>(dotyczy Portalu Personelu)</i>	
Numer PESEL	
Imię i nazwisko	

Dane osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu:

Imię i nazwisko	
Adres poczty elektronicznej	
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>	

*) Niepotrzebne skreślić