

Wniosek o zmianę hasła administratora Portalu Świadczeniodawcy

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

Dane administratora, którego dotyczy wniosek:

Nazwa użytkownika	
Numer PESEL	
Imię i nazwisko	
Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb zmiany hasła 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.

Dane administratora (numer telefonu oraz adres email) zostaną zaktualizowane zgodnie z wnioskiem

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