Miejscowość ………………, dnia ……… 202..… roku

**Formularz Zgłoszeniowy**

**do modyfikacji kont użytkowników w systemie informatycznym NIZP-PZH**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji zgłaszającej: |  |
| Adres ulica nr budynku: |  |
| Kod, Miejscowość : |  |
| Województwo: |  |
| Regon : |  |
| NIP: |  |
| Osoba kontaktowa: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail kontaktowy: |  |

**Dane kont do modyfikacji**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię  | Nazwisko | E-mail \* oraz Telefon | Założenie | Dezaktywacja  | Zmiana hasła  |
|  |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
|  |  |  |  | ⬜ | ⬜ | ⬜ |

\* na wskazane adresy email zostaną przekazane dane dotyczące logowania do systemu .

…………………………………

Podpis i Pieczątka

 (Kierownika odpowiedzialnego za statystykę medyczną )