

Wniosek o zmianę hasła administratora Portalu Personelu

Zał. nr 3
do Procedury
z zarz. nr 185/14
Dyrektora POW NFZ
z dnia 30.12.2014 r.

Dane administratora, którego dotyczy wniosek:

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, odcisk pieczęci Administratora</i>

Wypełnia POW NFZ:

<i>Data i podpis osoby potwierdzającej zgodność danych osobowych administratora</i>	
<i>Data, podpis osoby realizującej wniosek</i>	

Uwaga.

Dane administratora 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.