

Wniosek o zmianę hasła dostępu do Portalu Świadczeniodawcy/ skrzynki pocztowej*

adresat: Wydział Informatyki POW NFZ, 35-312 Rzeszów, ul. Zamkowa 8

Data:
Kod świadczeniodawcy:
Przyczyna zmiany hasła:
Właściciel konta:
Imię i nazwisko osoby upoważnionej/osób upoważnionych do odbioru hasła: Adres, na który należy wysłać nowe hasło:
Telefon kontaktowy:

Zobowiązuję się do zmiany nowego hasła na sobie tylko znane po pierwszym logowaniu.

.....
Imienna pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy

* Proszę podkreślić właściwą odpowiedź