**Wniosek o zmianę hasła administratora świadczeniodawcy w Portalu Świadczeniodawcy – udostępnionego przez OW NFZ**

(podpisany podpisem cyfrowym przez osobę upoważnioną wniosek należy przekazać na adres e-mail: serwis@nfz-rzeszow.pl

lub

podpisany i opieczętowany dokument papierowy należy złożyć osobiście lub przesłać pocztą do siedziby Oddziału Wojewódzkiego )

|  |  |
| --- | --- |
| **Kod świadczeniodawcy** |  |

**Dane użytkownika administracyjnego, którego dotyczy wniosek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa użytkownika (login) | **Adm……** |

**Dane osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres poczty elektronicznej, na który zostanie przesłane nowe hasło** |  |
| Data, pieczęć i podpis osobyuprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy |  |

***Wypełnia POW NFZ:***

|  |  |
| --- | --- |
| *Data, podpis osoby potwierdzającej zgodność**danych osoby uprawnionej do**reprezentowania świadczeniodawcy* |  |
| *Data, podpis osoby realizującej wniosek* |  |

Uwaga:

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