

# 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](mailto:serwis@nfz-rzeszow.pl)

lub

podpisany i opieczetowany dokument papierowy należy złożyć osobiście lub przesać 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 osoby uprawnionej 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.