

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

**adresat: Wydział Informatyki POW NFZ, 35-312 Rzeszów, ul. Zamkowa 8  
nr faksu: (017) 86 04 228**

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

**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