

Wniosek dotyczący zablokowania/odblokowania konta

1. Dane identyfikacyjne Użytkownika:

Nazwa	
NIP lub REGON	
Adres siedzib	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica, nr domu, nr lokalu	
Telefon	
Adres e-mail	
Osoba kierująca, zarządzająca	
Nazwisko, Imię	
Telefon	

2. Dane Administratora Podmiotu Leczniczego

Nazwisko

Imię

Telefon kontaktowy

Adres E-mail

Niniejszym wnoszę o zablokowanie/odblokowanie* konta:

Użytkownika o loginie

.....

Podpis Administratora Podmiotu Leczniczego
(lub podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Użytkownika)

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć Użytkownika

* właściwe zaznaczyć