Formularz Rejestracyjny

1. Dane identyfikacyjne Użytkownika:

Nazwa	
NIP	
REGON	
Forma organizacyjna	
Forma gospodarki finansowej	
Adres siedziby	
Kod pocztowy	
Poczta	
Miejscowość	
Kod terytorialny gminy (7cyfr)	
Ulica, nr domu, nr lokalu	
Adres do korespondencji (należy wypełnić, jeżeli inny od adresu siedziby)	
Kod pocztowy	
Poczta	
Miejscowość	
Kod terytorialny gminy (7cyfr)	
Ulica, nr domu, nr lokalu	
Osoba kierująca/zarządzająca	
Nazwisko, imię	
Telefon	
Dane kontaktowe	
Faks	
E-mail	
1 . Wpis do rejestru	
Kod rodzaju rejestru	
Organ rejestrujący	
Nr wpisu	
Data wpisu	
Data ostatniej aktualizacji	
2 . Wpis do rejestru (podać o ile istnieje więcej niż 1 wpis do rejestru)	
Rodzaj rejestru	
Organ rejestrujący	
Nr wpisu	
Data wpisu	
Data ostatniej aktualizacji	

2. Działając wimieniuUżytkownika określonegopowyżejwpunkcie1A-C, wnoszę o dopuszczenie tego Użytkownika do korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia w ……, zwanego dalej "Portalem". Jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu Rejestracyjnym są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Działając w imieniu Użytkownika oświadczam, że:

   a)Użytkownik ponosi odpowiedzialność za prawidłowość korzystania z Portalu przez osoby działające w imieniu Użytkownika oraz wszelkie osoby, którym Użytkownik udostępnił dane

pozwalające na korzystania z Portalu;

b)Użytkownik zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych konta Użytkownika w Portalu i nieudostępniania ich osobom trzecim;

c)Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, kradzieży lub udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta Użytkownika w Portalu.

4. Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby pani/pan ..... została/został zarejestrowana/zarejestrowany jako Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko i imię osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem telefonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej. 5. Login i hasło (proszę zaznaczyć krzyżykiem wybraną opcję):

Proszę o przesłanie na poniższy adres poczty elektronicznej. Jednocześnie zapewniam, że do skrzynki poczty elektronicznej o tym adresie ma dostęp jedynie osoba proponowana przeze mnie na stanowisko

- o Administratora, która jest wymieniona poniżej i złożyła Oświadczenie Administratora.
- o zostanie odebrany we właściwym oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nazwisko: ……
Imię: …….
PESEL ……..…….
Telefon kontaktowy: 0 (kier) ……..……
Adres e-mail: ……

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Użytkownika

Miejscowość i data

Pieczęć Użytkownika

Oświadczenie Administratora

Ja, ……, posiadający/posiadająca numer PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _, zamieszkały pod adresem:.....

oświadczam, że:

a) wnoszę o zarejestrowanie mnie jako Administratora,

b) jestem obywatelem polskim/obywatelką polską i stale zamieszkuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

c) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,

d) daję rękojmię należytego wykonywania obowiązków Administratora,

e) nie byłem/byłam karany/karana za przestępstwo,

f) posiadam odpowiednią wiedzę i umiejętności konieczne do wykonywania obowiązków Administratora,

g) zapoznałem/zapoznałam się z treścią umowy nr ..... o dostęp do wydzielonego zasobu danych Portalu NFZ, zawartej w ..... w dniu..... i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień powyższej umowy,

h) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem umowy określonej w punkcie oznaczonym lit. g.

Miejscowość i data _____ Imię i nazwisko Podpis