

## Wniosek o wygenerowanie nowego hasła dostępu do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI)

ZGŁASZAJĄCY: wypełnia świadczeniodawca/apteka	
	REGON
	Identyfikator
	Miejscowość
Pieczętka nagłówkowa	Data

Dostarczyć..

- za pośrednictwem faksu, na numer

**(091) 425-11-88**

- lub listownie, na adres:

**Zachodniopomorski**

**Oddział**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej\*

**Wojewódzki**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**ul. Arkońska 45**

**71-470 Szczecin**

.....  
podpis osoby uprawnionej\*

ODBIERAJĄCY: wypełnia OW NFZ		
	Nr zgłoszenia	
Odbierający	Data rejestracji zgłoszenia	Podpis

Nowo wygenerowane hasło dostępu zostanie wysłane listownie w ciągu dwóch dni roboczych od daty otrzymania przez OW NFZ niniejszego zgłoszenia.

\* pola należy wypełnić