……….……………………

Miejscowość, data

……………………………………………………….

Nazwa Jednostki wraz z danymi teleadresowymi

**WNIOSEK**

**o nadanie / odebranie uprawnień do Rejestru Państwowego Ratownictwa Medycznego (RPRM)**

Na podstawie Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 z późn. zm.) wnoszę o nadanie / odebranie uprawnień w Rejestrze Państwowe Ratownictwo Medyczne uprawnień dla poniżej wskazanych osób:

**Lista osób i wnioskowane uprawnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Indywidualny (służbowy)**  **adres e-mail** | **Login użytkownika P2 SA** | **Wnioskowana rola\*** | **Województwo** | **Nadanie/Odebranie** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

W przypadku odebrania uprawnień dostępu do systemu RPRM wnioskujący zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Administratora Centralnego (CSIOZ). (Wysłanie wniosku o odebrane uprawnień od RPRM).

………………...……………………….

Podpis Dyrektora Jednostki

**UWAGA**: W przypadku pracowników **Urzędu Wojewódzkieg**o (rola: **Wojewoda**) należy wybrać jedno województwo (tylko dla tych ról).

\***Wnioskowana rola** (wykaz wszystkich dostępnych ról w systemie teleinformatycznym RPRM):

**Wojewoda** Urząd Wojewódzki

**Kontrola**  MZ/NFZ

**Administrator systemu** (tylko dla CSIOZ)