Miejscowość, (aktualna data)

Nazwa Instytucji wraz z danymi teleadresowymi

# **WNIOSEKo nadanie uprawnień do Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych dla Administratora Lokalnego**

Działając na podstawie **Ustawy z dnia 9 Października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw** wnoszę o nadanie w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych uprawnień Administratora Lokalnego dla poniżej wskazanych osób:

## **Lista osób, dla których wnioskuję o nadanie uprawnień:**

| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Służbowy adres e-mail** | **Login użytkownika e-PLOZ** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## **Lista instytucji, do których mają być nadane uprawnienia:**

| **Lp.** | **Nazwa instytucji nadrzędnej** | **Nazwa instytucji podrzędnej, w ramach której dana osoba ma pełnić rolę administratora lokalnego (jeżeli dotyczy)** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 *podpis \**

\*Wniosek musi zostać podpisany elektronicznie przez osobę upoważnioną danej instytucji, co oznacza wyrażenie zgody na pełnienie przez wskazane we wniosku osoby roli Administratora lokalnego.