|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ……….…………………… |
| ………………………………………. |  | Miejscowość, data |
| Nazwa upoważnionego do wnioskowania podmiotuwraz z danymi teleadresowymi |  |  |

**WNIOSEK**

**o nadanie/odebranie/zmianę\* uprawnień do systemu teleinformatycznego**

**Rejestr Jednostek współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (RJWPRM)**

Na podstawie Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1720 ze zm.) wnoszę o nadanie/odebranie/zmianę\* uprawnień w Rejestrze Państwowe Ratownictwo Medyczne dla poniżej wskazanych osób:

**Lista osób i wnioskowane uprawnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwisko** | **Imię** | **Indywidualny (służbowy) adres mailowy** | **Login użytkownika****ePLOZ** | **Wnioskowana rola\*\*** | **Województwo** | **Rodzaj jednostki** | **Nazwa jednostki** |
| 1 |  |  |  |  | MZ/Kontrola |  | nie dotyczy |  |

W przypadku odebrania uprawnień dostępu do systemu RJWPRM, Wnioskujący zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Administratora systemu teleinformatycznego (Centrum e-Zdrowia), poprzez wysłanie **wniosku o odebranie uprawnień**.

………………...……………………….

Podpis elektroniczny

Dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa

lub Osoby upoważnionej.

\* - niepotrzebne skreślić lub usunąć.

**Wymagane dane we wniosku:**

* lp. - **liczba porządkowa**, uprawnienia do systemu w ramach danej jednostki organizacyjnej może posiadać więcej niż jedna osoba,
* Nazwisko – **Nazwisko osoby** dla której jest wnioskowany dostęp,
* Imię – **Imię osoby** dla której jest wnioskowany dostęp,
* Indywidualny (służbowy) adres mailowy – indywidulany służbowy adres e-mail osoby uprawnionej w jednostce do zarządzania wpisem jednostki w Rejestrze,
* Login użytkownika e-PLOZ – **Prawidłowy login użytkownika w systemie e-PLOZ**,
* Wnioskowana rola – **MZ/Kontrola, Zarządzanie kryzysowe,**
* Województwo – **wszystkie lub nazwa województwa** – wszystkie województwa lub wskazane województwo,
* Rodzaj jednostki należy wpisać jedną z wymienionych: **„Nie dotyczy”**,
* Instytucja – **Nazwa instytucji**, nazwa jednostki organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia lub jednostki nadzorowanej.