

.....
(Miejscowość, data)

**Wniosek o zmianę hasła
„Portal Świadczeniodawcy”**

Kod świadczeniodawcy:

Nazwa użytkownika (login):

Nazwa Świadczeniodawcy:

.....

.....

Adres:

.....

.....

NIP:

REGON:

Adres e-mail:@.....

Na podany adres e-mail przesłane zostanie nowe hasło!

.....
(Data i czytelny podpis)

Wypełniony i podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Świadczeniodawcy wniosek można przekazać do
DOWNFZ na jeden z poniższych sposobów:

ŚWIADCZENIODAWCY nie będący aptekami:

- osobiście: Wrocław ul. Joannitów 6 pok. 409, tel. wew. 410

- faxem: 71 7979 401

- emailem: serwiscl@nfz-wroclaw.pl

Telefon kontaktowy w sprawie zmiany hasła: 71 7979 400

APTEKI:

- osobiście: Wrocław ul. Dawida 2 pok. 123

- faxem: 71 7979 157

Telefony kontaktowe w sprawie zmiany hasła: 71 7979 118; 71 7979 119; 71 7979 181