

.....  
(Miejscowość, data)

## Wniosek o zmianę hasła „Portal Świadczeniodawcy”

- Zmiana hasła
- Przywrócenie prawa logowania do Portalu Świadczeniodawcy
- Przywrócenie uprawnień Administratora Portalu 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

- email: [serwiscl@nfz-wroclaw.pl](mailto: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