**WZÓR**

**Załącznik nr 4**

…............................................................

 (miejscowość i data wystawienia)

**Wniosek o wycofanie uprawnień w Zintegrowanym Systemie Zarządzania Tożsamością**

**dla Administratora Uprawnień Instytucji**

|  |
| --- |
| Dane instytucji: |
| Nazwa instytucji |  |
| Identyfikator instytucji (dla Polski NIP) |  |
| REGON1) |  |
| Identyfikator sprawozdawczy w NBP2) |  |
| Ulica |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Kraj |  |
| 1. **Dane użytkownika systemu**
 |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Kraj |  |
| ID (Pesel/ID Card1)) |  |

|  |
| --- |
| 1. **Sposób wycofania uprawnień**
 |
| Dezaktywacja konta użytkownika | 🗆 |
| Wycofanie uprawnień AUI | 🗆 |
| Data wystawienia: ………………………….………………… | Pieczęć firmowa instytucji i podpisy osób uprawnionych do złożenia wniosku ………………………….………………… |

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Pole opcjonalne wypełniane dla potrzeb systemów sprawozdawczych.