**WZÓR**

**Załącznik nr 5**

...........................................................

(miejscowość i data wystawienia)

**Wniosek o wycofanie uprawnień dla konta użytkownika**

**w systemie informatycznym**

**..............................................................................**

(nazwa systemu informatycznego)

Zgodnie z ………………………….…………………..........................................................

(nazwa Umowy lub aktu prawnego)

z dnia…………………....................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| 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)) |  |
| E-mail |  |
| Telefon 1 |  |
| Telefon 2 |  |
| Wycofanie uprawnień w systemie informatycznym | …………………………………………..  Nazwa uprawnienia |
| Wycofanie uprawnień w systemie informatycznym1) | …………………………………………..  Nazwa uprawnienia |
| Dezaktywacja konta | TAK □ NIE □ |
|  | |
| ........................................................  (pieczęć firmowa i podpisy osób uprawnionych  do złożenia wniosku ) | |

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Pole opcjonalne wypełniane dla potrzeb systemów sprawozdawczych.