……….……………………

Miejscowość, data

……………………………………….

Nazwa upoważnionego do wnioskowania podmiotu

wraz z danymi teleadresowymi

**WNIOSEK**

**o nadanie/odebranie/zmiana\* uprawnień do Rejestru Państwowego Ratownictwa Medycznego (RPRM)**

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

**Lista osób i wnioskowane uprawnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwisko** | **Imię** | **Indywidualny adres użytkownika e‑mail przypisany do konta****w systemie ePLOZ** | **Login użytkownika****ePLOZ** | **Wnioskowana rola\*\*** | **Województwo** | **Nadanie/ Odebranie/ Zmiana\*** |
| 1 |   |  |   |   |   |   |   |
| 2 |   |  |   |   |   |   |   |
| 3 |   |  |   |   |   |   |   |

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

………………...……………………….

Podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentowania

podmiotu lub osoby upoważnionej przez niego.

\* - niepotrzebne skreślić lub usunąć.

UWAGA: W przypadku pracowników Urzędu Wojewódzkiego (rola: **Wojewoda**) należy podać we wniosku województwo (wymaganie obligatoryjne tylko dla tej ról).

\*\* - **Wnioskowana rola** (wszystkie dostępne role w RPRM):

**Wojewoda** - Urząd Wojewódzki

**Kontrola – MZ/NFZ** – Ministerstwo Zdrowia lub upoważniony inny podmiot

**Administrator systemu** - Administrator systemu teleinformatycznego RPRM (tylko dla Centrum e-Zdrowia - CeZ)