

Wniosek o dostęp do Systemu eCorpoNet

.....
(nazwa i adres Klienta)

.....
(nazwa i adres Klienta)

Wnioskuje o nadanie/zmianę¹ uprawnień dla następujących Użytkowników

Nazwisko i Imię Nr PESEL	Rodzaj dostępu	Sposób autoryzacji <i>(Nie dotyczy osób z dostępem minimalnym)</i>	Konfiguracja autoryzacji <i>(Nie dotyczy osób z dostępem minimalnym)</i>	Do rachunków
.....	<input type="checkbox"/> pełny* <input type="checkbox"/> ograniczony* <input type="checkbox"/> minimalny*	<input type="checkbox"/> kod SMS na nr tel. komórkowego*: <input type="checkbox"/> hasła jednorazowe* <input type="checkbox"/> podpis elektroniczny kwalifikowany*	<input type="checkbox"/> jednoosobowa* <input type="checkbox"/> dwuosobowa w dowolnym powiązaniu*	<input type="checkbox"/> wszystkie* <input type="checkbox"/> wybrane*: Nr:..... Nr:..... Nr:..... Nr:.....
.....	<input type="checkbox"/> pełny* <input type="checkbox"/> ograniczony* <input type="checkbox"/> minimalny	<input type="checkbox"/> kod SMS na nr tel. komórkowego*: <input type="checkbox"/> hasła jednorazowe* <input type="checkbox"/> podpis elektroniczny kwalifikowany*	<input type="checkbox"/> jednoosobowa* <input type="checkbox"/> dwuosobowa w dowolnym powiązaniu*	<input type="checkbox"/> wszystkie* <input type="checkbox"/> wybrane*: Nr:..... Nr:..... Nr:..... Nr:.....
.....	<input type="checkbox"/> pełny* <input type="checkbox"/> ograniczony* <input type="checkbox"/> minimalny	<input type="checkbox"/> kod SMS na nr tel. komórkowego*: <input type="checkbox"/> hasła jednorazowe* <input type="checkbox"/> podpis elektroniczny kwalifikowany*	<input type="checkbox"/> jednoosobowa* <input type="checkbox"/> dwuosobowa w dowolnym powiązaniu*	<input type="checkbox"/> wszystkie* <input type="checkbox"/> wybrane*: Nr:..... Nr:..... Nr:..... Nr:.....

.....	<input type="checkbox"/> pełny* <input type="checkbox"/> ograniczony* <input type="checkbox"/> minimalny	<input type="checkbox"/> kod SMS na nr tel. komórkowego*: <input type="checkbox"/> hasła jednorazowe* <input type="checkbox"/> podpis elektroniczny kwalifikowany*	<input type="checkbox"/> jednoosobowa* <input type="checkbox"/> dwuosobowa w dowolnym powiązaniu*	<input type="checkbox"/> wszystkie* <input type="checkbox"/> wybrane*: Nr:..... Nr:..... Nr:..... Nr:..... Nr:.....
----------------------------------	--	---	--	---

Upoważniam do odbioru nienaruszonych bezpiecznych kopert zawierających loginy i hasła dla wyżej wymienionych:

.....
(Nazwisko i imię oraz nr PESEL lub nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

.....
(podpis Wnioskującego)

Wniosek przyjęto do realizacji z dniem

.....
(podpis Pracownika Banku)

¹ w przypadku zmiany Użytkowników podać tylko nowe osoby
*zaznaczyć właściwe

dostęp pełny – Użytkownik uprawniony do pełnej obsługi rachunków dostęp ograniczony – Użytkownik uprawniony do wszystkich czynności związanych z obsługą rachunków z wyłączeniem autoryzacji przelewów i ich realizacji dostęp minimalny – Użytkownik uprawniony wyłącznie do przeglądu historii rachunków

Wnioskuje o usunięcie dostępu dla następujących Użytkowników:

.....
(Nazwisko i imię, nr PESEL)

.....
(Nazwisko i imię, nr PESEL)

.....
(Nazwisko i imię, nr PESEL)

.....
(Nazwisko i imię, nr PESEL)

.....
(Nazwisko i imię, nr PESEL)

.....
(podpis Wnioskującego)

Wniosek przyjęto do realizacji z dniem

.....
(podpis Pracownika Banku)