**Załącznik nr 5 do OWU**

**

**CBOK**

ORLEN S.A.

ul. Chemików 7

09-411 Płock

Tel: (024) 365 22 44

 Fax: (024) 367 70 90

 e-mail: cbok@orlen.pl

 **Zgłoszenie/odwołanie Dyspozytorów**

*UWAGA: Pola w rubrykach należy wypełniać czytelnie* ***pismem drukowanym, wielkimi literami****.*

**1. Nr SAP Klienta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zgłoszenie  |   | odwołanie |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**2. Nazwa Klienta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**3. Numer NIP Klienta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**4. Lista osób**

**Proszę o nadanie/zablokowanie\* imiennych loginów i haseł dostępu do aplikacji Samoobsługa podłączonej
do systemów informatycznych ORLEN S.A. niżej wymienionym osobom**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko** | **Imię** | **Adres e-mail** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

**Niniejszym upoważniam wymienione osoby/odwołuję upoważnienie wymienionym osobom\* do korzystania
z aplikacji Samoobsługa udostępnionej przez ORLEN S.A.**

**\*-niepotrzebne skreślić**

……………….. ……………………………………………………….

**Data** **Firma** (pieczątka i czytelny podpis osoby upoważnionej)