

Wniosek o dołączenie do Platformy ePłatności

DANE INSTYTUCJI

NIP

REGON

KRS (jeśli dotyczy)

NAZWA

ADRES IP INSTYTUCJI

Prosimy o potwierdzenie adresów IP z Integratorem. Jeżeli któryś z poniższych adresów IP nie będzie wykorzystywany, prosimy wpisać w danym polu "nie dotyczy".

z którego będzie się odbywała komunikacja ze środowiskiem produkcyjnym

ADRES IP INSTYTUCJI

z którego będzie się odbywała komunikacja ze środowiskiem integracyjnym (testowym)

ADRES IP INTEGRATORA

z którego będzie się odbywała komunikacja ze środowiskiem integracyjnym (testowym)

ADRES SIEDZIBY

WOJEWÓDZTWO

POWIAT

MIEJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY

ULICA

NUMER DOMU/LOKALU

NUMER KONTAKTOWY (SEKRETARIAT)

ADRES E-MAIL (SEKRETARIAT)

SKRÓCONA NAZWA INSTYTUCJI

(maksymalnie 30 znaków)

NAZWA URZĘDU, KTÓRĄ KLIENT ZOBACZY NA SWOIM WYCIĄGU Z RACHUNKU BANKOWEGO

(maksymalnie 22 znaki)

DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ JEDNOSTKĘ

Kierownik jednostki (np. burmistrz gminy, prezydent miasta) lub osoba upoważniona do reprezentowania jednostki

IMIĘ

NAZWISKO

STANOWISKO

OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZE STRONY URZĘDU ZA KONTAKT W SPRAWACH TECHNICZNYCH

Konieczne jest podanie ze strony Urzędu dwóch osób do kontaktu

IMIĘ

NAZWISKO

NUMER PESEL

SŁUŻBOWY NUMER TELEFON KOMÓRKOWEGO

SŁUŻBOWY ADRES E-MAIL

Prosimy o podanie numeru telefonu komórkowego przynajmniej do jednej z osób do kontaktu, w celu przesłania danych do logowania do Platformy ePłatności w dalszym etapie integracji.

IMIĘ

NAZWISKO

NUMER PESEL

SŁUŻBOWY NUMER TELEFONU

SŁUŻBOWY ADRES E-MAIL