

**OŚWIADCZENIE  
ZAKŁADU PRACY O KORZYSTANIU Z USŁUGI I  
NADANIU LOGINU – REJESTRATORA MP**

W myśl „Regulamin zdalnej rejestracji - poprzez OSOZ” Procedury nr. 1 PRZYSTĄPIENIE ZAKŁADU PRACY DO KORZYSTANIA ZE ZDALNEJ REJESTRACJI zwracam się z wnioskiem o nadanie uprawnień Rejestratora MP dla:

| NAZWISKO IMIĘ | TELEFON KONTAKTOWY | E-MAIL |
|---------------|--------------------|--------|
|               |                    |        |
|               |                    |        |
|               |                    |        |

Data, Miejscowość

Podpis