



Formularz rejestracyjny użytkownika Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP)

<https://csm-swd.nfz.gov.pl/>

Nazwa*			
Hasło*		Potwierdzenie hasła*	
Nazwisko		Imię	
Stanowisko			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
OW NFZ		Kod Świadczeniodawcy z sygnatury umowy	
Świadczeniodawca			
Inny podmiot			

Uprawnienia

MODUŁY	CYTOLOGIA	MAMMOGRAFIA	KRAŻENIE
<input type="checkbox"/> SIMP	<input type="checkbox"/> ETAP PODSTAWOWY <input type="checkbox"/> DIAGNOSTYKA <input type="checkbox"/> ETAP POGŁĘBIONY	<input type="checkbox"/> ETAP PODSTAWOWY <input type="checkbox"/> ETAP POGŁĘBIONY <input type="checkbox"/> ZATWIERDZANIE	<input type="checkbox"/> BADANIA <input type="checkbox"/> KONFIGURACJA
<input type="checkbox"/> ADMIN	<input type="checkbox"/> KONFIGURACJA <input type="checkbox"/> RACHUNKI	<input type="checkbox"/> KONFIGURACJA <input type="checkbox"/> RACHUNKI	

DANE NALEŻY WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

**Zobowiązuję się do przestrzegania ochrony danych zawartych w SIMP.
Zobowiązuję się do przestrzegania zasad użytkowania systemu, a w szczególności do zachowania poufności dostępu do systemu.**

Data i podpis pracownika ŁOW NFZ

Data i podpis wnioskującego

Podpis i pieczęć przełożonego

.....
.....

.....
.....

.....
.....

* wypełnia pracownik NFZ