

W N I O S E K
(do umowy nr)*
o likwidację konta w serwisie Web-EWID

Wnoszę o likwidację konta do używanego w Starostwie Powiatowym w Starogardzie Gdańskim serwisu Web-EWID.

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

NAZWA INSTYTUCJI:

.....

ADRES:

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ DLA KTÓREJ NALEŻY USUNĄĆ KONTO:

.....

LOGIN UŻYTKOWNIKA:.....

.....

Data i podpis kierownika jednostki

Poniższe informacje wypełnia ASI Starostwa

W dniu usunięto konto do serwisu Web-EWID:

| | |
|-----------------------------|--|
| Imię i nazwisko użytkownika | |
| Login | |

.....
Podpis ASI

*) wypełnia pracownik Starostwa