

FORMULARZ ZGŁOSZENIA OSÓB DO KONTAKTÓW Z CSIRT KNF

DANE ADRESOWE

Nazwa instytucji / firmy*

Adres*

Kod pocztowy

Miasto*

NIP

OSOBY WYZNACZONE DO KONTAKTÓW

Imię i Nazwisko*

Stanowisko / Funkcja*

Tel.*

dostępność 8-16 8-22 24h

Tel. kom.*

dostępność 8-16 8-22 24h

e-mail*

Imię i Nazwisko*

Stanowisko / Funkcja*

Tel.*

dostępność 8-16 8-22 24h

Tel. kom.*

dostępność 8-16 8-22 24h

e-mail*

**Pola wymagane*

Wypełniony formularz należy wysłać w postaci załącznika do wiadomości e-mail
na adres: csirt@knf.gov.pl