Załącznik 4 do PO-BI 4/19 (….)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOSTĘPU DO SYSTEMÓW SZPITALNYCH**

Wnioskuję o przyznanie dostępu do systemu / zdalnego zarządzania urządzeniem:

…………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Cel dostępu | *Jakie usługi będą realizowane?* |
| Zakres dostępu | *Jakie dane będą przesyłane? W którą stronę będzie odbywała się transmisja?  Czy będą dane medyczne? Czy będą dane osobowe? Nazwy urządzeń, do których dostęp zostanie udzielony* |
| Usługa (nazwa, numer portu) |  |
| Adres IP komputera, z którego będą wykonywane połączenia zdalne | dotyczy / nie dotyczy  *Adres IP:* |
| Sposoby zabezpieczenia połączenia | VPN IPsec / VPN-SSL / Proponowane inne rozwiązanie  *Proponowane parametry połączenia* |
| Status dostępu | stały / czasowy / incydentalny |
| Okres udzielonego dostępu | na czas trwania umowy / od ……………….. do ……………… / w dniu ………………… |
| Osoby uprawnione do wnios-kowania o udzielenie dostępu | *Imię i nazwisko, telefon służbowy (lub alarmowy), adres e-mail* |
| Osoba kontaktowa na wypadek problemów technicznych | *Imię i nazwisko, telefon służbowy (lub alarmowy), adres e-mail* |

……………………………………………………………...………………………………

Wnioskodawca (imię i nazwisko osoby reprezentującej, nazwa firmy)

Załącznik 4 do PO-BI 4/18

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOSTĘPU DO SYSTEMÓW SZPITALNYCH**

Udzielono następujących dostępów:

|  |  |
| --- | --- |
| Komu udzielono dostępu? | *Imię i nazwisko lub nazwa firmy* |
| Urządzenie / Serwer | *Nazwa, adres IP (jeśli dotyczy)* |
| Usługi | *Numer portu, opis usługi* |
| Zdalne urządzenie / serwer | *Nazwa, adres IP* |
| Zabezpieczenie połączenia | VPN IPsec / VPN-SSL |
| Status dostępu | stały / czasowy / incydentalny |
| Okres udzielonego dostępu | na czas trwania umowy / od ……………….. do ……………… / w dniu ………………… |
| Dodatkowe uwagi |  |
| Załączniki | (np. szczegółowe ustawienia połączenia) |

………………………………. …………………………………..

Data udzielenia dostępu Osoba udzielająca dostępu