

Formularz	Wniosek o założenie konta w Archiwum SOWE	Data wypełnienia
SOWE - 1		

Część A / Dane identyfikacyjne

Dane Elektrowni/ODM			
Nazwa Elektrowni /ODM			
Miasto	Kod pocztowy	Województwo	
Adres			
Typ podmiotu	<input type="checkbox"/> Elektrownia		
	<input type="checkbox"/> ODM		

Administrator Bezpieczeństwa Operatora Rynku (ABOR)

Nazwisko		Imię	
Telefon			
E-mail			

Część B / Dane identyfikacyjne reprezentanta

Dane zgłaszanego użytkownika			
Nazwisko		Imię	
Telefon		E-mail	
Numer karty SecurID		Numer licencji	

Uprawnienia w Archiwum SOWE

Plany	BPKD,IBPKD	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	PLWM,PGPN (**)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZPOG, SZPOG, DWR (**)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgłoszenia	ZROR, ZZROR, OZROR	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZGUB, ZZGUB, OZGUB	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZNUR, ZZNUR, OZNUR	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZPWP, ZZPWP, OZPWP	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZDRU, ZZDRU, OZDRU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZPPS, ZZPPS, OZPPS	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZWU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZAWS, ZZAWS, OZAWS (**)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	ZATM, ZZATM, OZATM(**)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	KREL	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	KRODM(**)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Część C / Dane konfiguracyjne (wypełnia Administrator Systemu OSP)

Nazwa użytkownika	
Hasło	

Podpis osoby upoważnionej

* wszystkie pola są obowiązkowe. Należy wypełniać drukowanymi literami

** dotyczy tylko ODM