

# 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](mailto:csirt@knf.gov.pl)