**О В Л А Ш Ћ Е Њ Е**

**ЗА АДМИНИСТРАТОРА ЗАШТИТЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Пословно име/назив учесника IPS НБС система**:** |  |
| Матични број: |  |

**ПОДАЦИ О ЛИЦУ ОВЛАШЋЕНОМ ЗА СИГУРНОСТ И ЗАШТИТУ КОМУНИКАЦИЈЕ УЧЕСНИКА СА IPS НБС СИСТЕМОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме лица: |  |
| Матични број лица: |  |
| Број телефона: |  |
| Број мобилног телефона: |  |
| И-мејл адреса: |  |
| Потпис овлашћеног лица: |  |

Место и датум:

*(законски заступник/ци)[[1]](#footnote-1)*

1. *Законски заступник/ци подносиоца захтева за прикључење у IPS НБС систем, односно учесника у IPS НБС систему.* [↑](#footnote-ref-1)