

DANE ADRESOWE

1. Nazwa instytucji*

2. Nazwa skrócona

2. Adres*

3. Kod pocztowy

4. Miasto*

5. NIP

6. tel.*

7. fax.*

8. e-mail*

ADRESACJA IP

9. NETNAME

10. CIDR

11. Zakres IP

OSOBY WYZNACZONE DO KONTAKTU

Imię i Nazwisko / Nazwa*

Stanowisko / Funkcja*

tel.*	dostępność	8-16	8-22	24h
-------	------------	------	------	-----

tel. kom.*	dostępność	8-16	8-22	24h
------------	------------	------	------	-----

e-mail*

Imię i Nazwisko / Nazwa*

Stanowisko / Funkcja*

tel.*	dostępność	8-16	8-22	24h
-------	------------	------	------	-----

tel. kom.*	dostępność	8-16	8-22	24h
------------	------------	------	------	-----

e-mail*

Wypełniony formularz należy wysłać w załączniku do wiadomości e-mail na adres: **incydent@csirt.gov.pl**. Pola oznaczone * są polami wymaganymi. W przypadku konieczności zgłoszenia większej ilości osób / komórek wyznaczonych do kontaktów z CSIRT GOV, należy wypełnić dodatkowy formularz.