
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 postaci załącznika 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.