**Załącznik 2 do IT-PS-08 - SFTP\_formularz**

**Formularz wniosku o konto SFTP**

wypełnia koordynator



do wypełnienia przez zespół IT EDI do wypełnienia przez zespół IT INF

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy** |  |
| **Numer CMF klienta**  *(jeśli dotyczy)* |  |
| **Statyczny adres IP**  *(wybierz „Tak”, jeśli klient ma statyczny adres IP lub „Nie”, jeśli klient ma dynamiczny adres IP)* | TAK  * **NIE** |
| **Adres IP**  *(jeśli statyczny adres IP)* |  |
| **E-mail**  *(adres e-mail osoby kontaktowej)* |  |
| **Telefon**  *(numer telefonu osoby kontaktowej)* |  |
| **Osoba odpowiedzialna w Raben**  *(specjalista ds. obsługi klienta, właściciel procesu biznesowego itp.)* |  |
| **Wybrane rozwiązanie** | * **SFTP1** * **SFTP2** |
| **Numer biletu EDI** |  |
| **Dodatkowe wymagane funkcje**  *(struktura katalogu itp.)* |  |
| **Numer biletu INF** |  |
| **Stworzone zasoby**  *(login (y))* |  |
| **Uwagi dodatkowe** |  |