**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** |  |