

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
zdarzeń świadczących o wystąpieniu lub podejrzeniu naruszenia
bezpieczeństwa danych w systemie teleinformatycznym Banku

Bank Spółdzielczy
w Sławnie

dane klienta :

imię i nazwisko, adres lub nazwa i siedziba
PESEL/ Regon	
tel. kontaktowy	

Dane dot. zdarzeń naruszenia bezpieczeństwa systemu IT

data zdarzenia	
opis zdarzenia /we właściwej kratce zaznaczyć X/	<input type="checkbox"/> nieautoryzowany dostęp do danych <input type="checkbox"/> nieautoryzowana modyfikacja danych <input type="checkbox"/> brak możliwości zalogowania się na własny identyfikator i hasło <input type="checkbox"/> naruszenie lub próby naruszenia zabezpieczeń <input type="checkbox"/> brak reakcji systemu na działanie użytkownika <input type="checkbox"/> inne
Opis przebiegu i skutków zdarzenia

Proponowana forma odpowiedzi:

- proszę przesłać na adres :
- proszę przesłać na adres e-mail:

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia:

.....
Miejscowość, data, godzina

.....
imię i nazwisko pracownika odbierającego zgłoszenie