

IZJAVA

o imenovanju ovlaštene osobe za uslugu Provjere ranjivosti CARNET-a

Kao odgovornu osobu ustanove članice CARNET-a,

_____ (puni naziv ustanove članice CARNET-a)

IMENUJEM

Ime i prezime	
Funkcija	
Adresa ustanove	
Grad	
Broj telefona	
Mobilni telefon	
Fax	
e-mail adresa	
Key ID / Fingerprint	

za ovlaštenu osobu za komunikaciju s Nacionalnim CERT-om pri provođenju postupaka provjere ranjivosti.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

Odgovorna osoba:

(ime i prezime)

(potpis odgovorne osobe)

M.P.

Popunjeni obrazac poslati poštom na: CARNET (za Provjeru ranjivosti)
Josipa Marohnića 5
10000 Zagreb