

NADANIE UPRAWNIENÍ

użytkownikom końcowym systemu **SAP FI** moduł **MM (gospodarka materiałowa)**

Kod i nazwa jednostki organizacyjnej:

Dział zaopatrzenia _____

Grupa zaopatrzenia _____

L. p.	Imię	Nazwisko	PESEL	Obsługa zgłoszeń na oblięa techniczne	Obsługa zgłoszeń na oblięa zakupowe	Obsługa zaopatrzenia	Wyświetlanie zaopatrzeniowe	Obsługa faktur logistycznych w zaopatrzeniu	Obsługa faktur logistycznych w księgowości	Wyświetlanie księgowo
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data i podpis pełnomocnika kwestora:					Data i podpis kierownika j.o.:					

1. Rejestracja wniosku *(wypełnia sekretariat CI PW)*

Nr wniosku:	Data wpłyńcia:	Podpis:
-------------	----------------	---------

2. Potwierdzenie wykonania *(wypełnia administrator użytkowników)*

Potwierdzam nadanie / odebranie ww. uprawnień

Data nadania / odebrania uprawnień:	Podpis administratora:
-------------------------------------	------------------------

