

Autorisation pour modification des données RESOLUX

Le/la soussigné(e)

Titre, prénom et nom :

Fonction :

au sein de l'organisation :

Confirme que je suis dûment autorisé(e) à recevoir le(s) mot(s) de passe permettant d'accéder aux données concernant l'organisation / les organisations reprise(s) ci-dessous en vue de leur mise à jour.

Je m'engage à veiller à ce qu'aucune personne non autorisée n'ait accès au mot de passe et à informer Info-Handicap par écrit et dans les plus brefs délais de tout changement relatif à la présente autorisation.

Veillez nous retourner la présente fiche complétée et signée à l'adresse suivante : Info-Handicap – 65, avenue de la gare – L-1611 Luxembourg, par fax au numéro : +352 360 885 ou par mail à info@iha.lu.

Nom de l'organisation pour laquelle le mot de passe est demandé	Numéro d'identification (cf. fiche détaillée)	Mot de passe (sera fourni par Info-Handicap)

Lieu et date

Signature

Cachet de l'organisation