**Форма заявки для предоставления доступа к ГИС СО "РМС"**

Код медицинской организации согласно Справочнику LPU: \_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование выдаваемой справки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | СНИЛС  пользователя | Фамилия пользователя | Имя пользователя | Отчество пользователя | Роль  (Регистратор МО, Профильный специалист, Председатель комиссии) | Группа  (заполняется только для роли Профильный специалист, например, врач-терапевт) | Отпечаток сертификата безопасности **(заполняется без пробелов)\*** | Срок действия сертификата безопасности (с..-по..) | Адрес электронной почты пользователя |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

\*Инструкция по копированию отпечатка сертификата безопасности приведена в «Руководстве пользователя по настройке электронной подписи».

Внимание! Заявки принимаются только заверенные подписью, печатью руководителя МО, сканом + в формате Word по Деловой почте Vip Net на адрес: 6005-МИАЦ Региональная медицинская сеть.