Приложение

**Заявка на предоставление доступа в Систему**

Субъект Российской Федерации:

Полное наименование медицинской организации, на базе которой функционирует АДКЦ:

Краткое наименование медицинской организации, на базе которой функционирует АДКЦ:

Круглосуточный контактный телефон АДКЦ:

Электронный адрес АДКЦ:

Прошу предоставить пользователю/пользователям права роли ***Сотрудник АДКЦ; Сотрудник ГВС (КАС)***в вертикально-интегрированной медицинской информационной системе «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Сведения о пользователях приведены в Таблице 1.

Таблица 1 – Сведения о пользователях

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **СНИЛС** | **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** | **Адрес электронной почты** | **Полное наименование медицинской**  **организации** | **Краткое наименование медицинской**  **организации** | **Наименование роли, которую необходимо присвоить** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  | *Сотрудник АДКЦ* |
| … |  |  |  |  |  |  |  | *Сотрудник АДКЦ* |

*{Наименование должности ответственного лица}*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{Фамилия И.О.}/