Приложение 1

**Форма ЗАЯВКИ предоставления доступа пользователя уровня МО/ОУЗ к ПМ ЕГИСЗ**

Прошу предоставить пользователю(-ям) права роли *Работник медицинской организации* (см. раздел «Доступ участников взаимодействия по ролям в ПМ ЕГИСЗ») в Функциональной компоненте автоматизированного сбора информации из различных источников ЕГИСЗ. Сведения о пользователе(-ях) приведены в Таблица 4 Информация о пользователе(-ях).

Таблица 4 Информация о пользователе(-ях)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **СНИЛС** | **ФИО (полностью)** | **Должность**  **(полностью)** | **Адрес электронной почты** | **Телефон** | **Субъект РФ** | **Полное наименование МО/ОУЗ** | **Краткое наименование МО/ОУЗ** | **Наименование функционального объекта, к которому требуется предоставление доступа** |
| 1. |  |  |  |  |  | Санкт-Петербург |  |  | «Подключение к Интернету» Подсистемы мониторинга ЕГИСЗ - Своды |
| 2 |  |  |  |  |  | Санкт-Петербург |  |  | «Подключение к Интернету» Подсистемы мониторинга ЕГИСЗ - Своды |

Главный врач СПб ГБУЗ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.