#

**Заявка на подключение медицинских организаций к подсистеме ТМК без ВКС**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Полное наименование медицинской организации** | **Уникальный идентификатор (OID) МО \* [[1]](#footnote-1)** | **Часовой пояс[[2]](#footnote-2)** |
| 1 | Областная клиническая больница | 1.2.643.5.1.13.13.12.0.0.00 | GMT+3 |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись ответственного лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Уникальный идентификатор (OID) медицинской организации необходимо указывать в соответствии с Федеральным регистром медицинских организаций. [↑](#footnote-ref-1)
2. Часовой пояс места расположения МО [↑](#footnote-ref-2)