|  |  |
| --- | --- |
| *ШТАМП МО* | Директору СПб ГБУЗ МИАЦ  Язенку А.В |

Прошу добавить и проверить работоспособность новой площадки по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для работы медицинской информационной системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование МИС и разработчика)

c подсистемой ГИС РЕГИЗ **«Сервис записи на прием к врачу»**.

Дополнительная информация для подключения1:

1. Район расположения площадки медицинской организации: *(пример: Центральный)*
2. Полное официальное наименование площадки: *(пример: СПб ГБУЗ "Городская больница №20" Поликлиническое отделение №42)*
3. Полное официальное наименование головного учреждения: *(пример: СПб ГБУЗ "Городская больница №20")*
4. Тип учреждения (из фильтра <https://gorzdrav.spb.ru/reference/list/>): *(пример: Поликлиники взрослые)*
5. Адрес с индексом, где ведется прием врача: *(пример: 197706, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова, д. 9, лит. "А")*
6. Телефон регистратуры или справочной службы: (только один, *пример: 8 (812) 573-99-10)*
7. e-mail: *(пример: b20@zdrav.spb.ru)*
8. Ссылка на wsdl сервиса на стороне МИС (данные разработчика МИС):
9. idLPU в МИС (данные разработчика МИС):
10. ID площадки из Реестра МО Санкт-Петербурга2: *(*только один, *пример,* ***6c34dc18-cab0-4e53-aba8-cea197f0ab5e)***
11. OID МО из ФРМО3: *(*только один, *пример:* ***1.2.643.5.1.13.13.12.2.77.7799)***
12. Сокращенное наименование МО из ФРМО3: *(пример: СПб ГБУЗ "Городская больница №20")*
13. OID структурного подразделения из ФРМО4:

*(*только один, *пример:* ***1.2.643.5.1.13.13.12.2.10.645.0.13645)***

1. **Полное наименование структурного подразделения из ФРМО**4**:** *(пример: Поликлиническое отделение № 42)*
2. **ID юридического лица МО из справочника ЕИС ЛПУ ТФОМС**5**:** *(пример: 80)*
3. **ID подразделения МО из справочника ЕИС ЛПУ ТФОМС**6**:** *(пример: 12593)*
4. Дата и время планируемого включения площадки:
5. Контактное лицо: (ФИО, должность, телефон, электронная почта):

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 - все поля обязательны для заполнения

2 - [http://mo.nsi.spbmiac.ru](http://mo.nsi.spbmiac.ru/)

3 - значение OID из кодификатора ФНСИ «Реестр медицинских организаций Российской Федерации» для МО, оказывающих услуги для прохождения профилактических осмотров, диспансеризации - <https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/refbook/1.2.643.5.1.13.13.11.1461>

4 - значение OID из кодификатора ФНСИ «ФРМО. Справочник структурных подразделений» для подразделений МО, оказывающих услуги для прохождения профилактических осмотров, диспансеризации - <https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/refbook/1.2.643.5.1.13.13.99.2.114>

5 - из справочника ЕИС ЛПУ (столбец ID\_JUR)

6 - из справочника ЕИС ЛПУ (столбец ID\_LPU)