Шапка МО\*

 Директору СПб ГБУЗ МИАЦ
А.В. Язенку

**Заявка на регистрацию медицинской организации в подсистеме
ГИС РЕГИЗ «Организация работы с обращениями граждан**

**в медицинских организациях» («ОРОГ МО»)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

(полное наименование организации)

Для организации доступа к подсистеме системе ГИС РЕГИЗ
«ОРОГ МО» прошу зарегистрировать медицинскую организацию
(далее – МО) в подсистеме ГИС РЕГИЗ «ОРОГ МО»:

Таблица 1. Информация о МО:

| № п/п | Полное наименование\* | Краткое наименование\* | ИНН\* | OID \*\* МО\* | Юридический адрес\* | Подведомственность\* | Должность руководителя\* | Электронная почта МО\* | Телефон МО\* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Таблица 2. Информация об ответственном лице (лицах) от МО:

| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью)\* | Должность (полностью)\* | Электронная почта сотрудника МО\* | Телефон сотрудника МО\* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

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

                                                                                                                                                     (Фамилия И.О.)

 МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Внизу страницы ОБЯЗАТЕЛЬНО указать ответственное лицо, заполнившее заявку, с номером контактного телефона (желательно – мобильного)\*

\*- отмеченные поля ОБЯЗАТЕЛЬНЫ для заполнения

\*\* OID организации из справочника «Реестр медицинских организаций Российской Федерации» <https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/refbook/1.2.643.5.1.13.13.11.1461/version/6.251>

\*\*\* Заявку необходимо направить в двух форматах: цветной скан в формате \*.pdf с подписью руководителя и печатью организации и копию в формате \*.doc через ServiceDesk МИАЦ <https://support.spbmiac.ru>, либо на почту oto@spbmiac.ru

Шапка МО\*

 Директору СПб ГБУЗ МИАЦ
А.В. Язенку

**Уведомление об изменении списка лиц, ответственных от медицинской организации за работу в подсистеме ГИС РЕГИЗ «Организация работы
с обращениями граждан в медицинских организациях» («ОРОГ МО»)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

(полное наименование организации)

 Информиую Вас об изменении списка лиц, ответственных от МО
за работу в подсистеме ГИС РЕГИЗ «ОРОГ МО»:

Таблица 1. Исключить из списка ответственных лиц:

| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью)\* | Должность (полностью)\* | Электронная почта сотрудника МО\* | Телефон сотрудника МО\* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

Таблица 2. Включить в список ответственных лиц:

| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью)\* | Должность (полностью)\* | Электронная почта сотрудника МО\* | Телефон сотрудника МО\* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

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

                                                                                                                                                     (Фамилия И.О.)

 МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Внизу страницы ОБЯЗАТЕЛЬНО указать ответственное лицо, заполнившее заявку, с номером контактного телефона (желательно – мобильного)\*

\*- отмеченные поля ОБЯЗАТЕЛЬНЫ для заполнения

\*\* Заявку необходимо направить в двух форматах: цветной скан в формате \*.pdf с подписью руководителя и печатью организации и копию в формате \*.doc через ServiceDesk МИАЦ <https://support.spbmiac.ru>, либо на почту oto@spbmiac.ru

Шапка МО\*

 Директору СПб ГБУЗ МИАЦ
А.В. Язенку

**Заявка на предоставление сотруднику медицинской организации доступа к подсистеме ГИС РЕГИЗ
«Организация работы с обращениями граждан в медицинских организациях» («ОРОГ МО»)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

(полное наименование организации)

Для организации доступа к подсистеме ГИС РЕГИЗ «ОРОГ МО»
прошу создать учётные записи (сформировать логины и пароли) и выдать идентификационную информацию для доступа следующим сотрудникам МО:

| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью)\* | Должность (полностью)\* | Электронная почта сотрудника МО\* | Телефон сотрудника МО\* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

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

                                                                                                                                                     (Фамилия И.О.)

 МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Внизу страницы ОБЯЗАТЕЛЬНО указать ответственное лицо, заполнившее заявку, с номером контактного телефона (желательно – мобильного)\*

\*- отмеченные поля ОБЯЗАТЕЛЬНЫ для заполнения

*\*\** Заявку в необходимо направить в двух форматах: цветной скан в формате \*.pdf с подписью руководителя и печатью организации и копию в формате \*.doc на почту oto@spbmiac.ru

Шапка МО \*

Директору СПб ГБУЗ МИАЦ
А.В. Язенку

**Заявка на прекращение доступа сотрудника медицинской организации
 к подсистеме ГИС РЕГИЗ «Организация работы с обращениями граждан в медицинских организациях» («ОРОГ МО»)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

(полное наименование организации)

Для прекращения доступа к подсистеме ГИС РЕГИЗ
«ОРОГ МО» прошу заблокировать учётные записи следующих
сотрудников МО:

| № п/п | Фамилия Имя Отчество (полностью)\* | Должность (полностью)\* | Электронная почта сотрудника МО\* | Телефон сотрудника МО\* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

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

                                                                                                                                                     (Фамилия И.О.)

 МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Внизу страницы ОБЯЗАТЕЛЬНО указать ответственное лицо, заполнившее заявку, с номером контактного телефона (желательно – мобильного)\*

\*- отмеченные поля ОБЯЗАТЕЛЬНЫ для заполнения

\*\* Заявку в необходимо направить в двух форматах: цветной скан в формате \*.pdf с подписью руководителя и печатью организации и копию в формате \*.doc на почту oto@spbmiac.ru