**Заявка на предоставление доступа к Федеральному регистру медицинских работников**

Прошу предоставить пользователю(-ям) права роли *{Наименование роли(-ей)}* в промышленнойверсииФедерального регистра медицинских работников ЕГИСЗ. Сведения о пользователе(-ях) приведены в таблице.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | СНИЛС  | Фамилия | Имя | Отчество | Адрес электронной почты  | Номер Телефона | Субъект РФ | Полное наименование организации | ИНН организации | Наименование роли, которую необходимо присвоить пользователю(-ям) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Выберите элемент. |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Выберите элемент. |

{*Должность руководителя организации*} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{*И.О. Фамилия*}/

МП