Шапка МО\*

Директору СПб ГБУЗ МИАЦ

Алексееву П.С.

**Заявка на прекращение доступа к АСУ Городской реестр карт маршрутизации пациентов с подозрением на онкологические заболевания**

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

(наименование учреждения)

для прекращения доступа к информационной системе АСУ ГРКМ. Прошу удалить логин и пароль к информационной системе следующим сотрудникам:

| № п/п | Фамилия Имя Отчество\* | Должность\* | Причина удаления\* |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

                                                                                                                                                     (Фамилия И.О.)

МП

Внизу страницы ОБЯЗАТЕЛЬНО указать ответственное лицо заполнившее заявку с номером контактного телефона\*

\*- отмеченные поля ОБЯЗАТЕЛЬНЫ для заполнения.