ЗАЯВКА ЗАПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ КАЖДОГО СОТРУДНИКА, КОТОРОМУ ВЫПУСКАЕТСЯ СЕРТИФИКАТ

Директору государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр», Волгоград

Заявление на изготовление ключей электронной подписи и сертификата ключа подписи №___ (к Заявке от ___._____ 20__г.)

Прошу изготовить ключи электронной подписи и (или) квалифицированный сертификат ключа проверки электронной подписи в соответствии со следующей информацией:

1. Ограничения на использование сертификата ключа подписи:

Система регистрации льготников	
Совместные торги	
ОПЭДМО	
Мониторинг отчетности	
Разнарядка по 7Д	
Мониторинг демографии	
Другое	

Ставите + напротив наименования той системы, на которую необходимо выпустить сертификат.
Если она не указана в п.1, то вписать наименование в п. 6.1.

2.Сведения об уполномоченном лице (указать при необходимости)

Фамилия, имя отчество: Петров Петр Петрович

ФИО того, кому выпускается сертификат

Подразделение: Административно-управленческий персонал

Должность: Заместитель главного врача по организационно-методической работе

Графы необходимо заполнить в соответствии со штатным расписанием УЗ, без сокращений и аббревиатур, исключение составляют лишь аббревиатуры в штатном расписании.
1 клетка = 1 буква или символ.
Если не хватает клеток, то добавить необходимое количество строк из клеток.

Страховой номер индивидуального лицевого счета уполномоченного лица (указать при необходимости): 071 128 111 43

3.Адрес электронной почты (если не указываются сведения об уполномоченном лице, то необходимо указать адрес электронной почты организации): Petrov@mail.ru

4.Наименование и версия средства электронной подписи: КриптоПро CSP 3.6

5.Предоставление копии сертификата ключа подписи на бумажном носителе (отметить, если требуется):

6.Дополнительные сведения (указываются при необходимости):

6.1. Наименование информационной системы (при отсутствии в п.1): АС "Оценка показателей эффективности деятельности медицинских организаций"

Но не в 2-х пунктах одновременно!

Указанному в п.2. уполномоченному лицу предоставлены полномочия на использование квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи в целях формирования усиленной квалифицированной электронной подписи в соответствии с ограничениями, указанными в настоящем заявлении.

главный врач (должность руководителя) ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №1 " (наименование организации)

«____» _____ 201_г.

_____ / Н.А. Черняева
подпись ФИО

М.П.

Указывается должность, ФИО и подпись руководителя (или врио при его отсутствии) и печать УЗ обязательны к заполнению.