|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фирменный бланк заявителя |  | Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ГАУЗ «РМИАЦ») |

**О подключении к ГИС ЭЗ РТ**

Прошу осуществить процесс подключения к Государственной информационной системе «Электронное здравоохранение Республики Татарстан» в соответствии с нижеприведенными сведениями:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование юридического лица |  | |
| ИНН юридического лица |  | |
| КПП юридического лица |  | |
| Юридический адрес с индексом |  | |
| Почтовый адрес с индексом |  | |
| Должность руководителя юридического лица | *(указывается должность руководителя юридического лица,*  *подписавшего заявление)* | |
| ФИО руководителя  юридического лица | *(указывается ФИО (полностью) руководителя юридического лица,*  *подписавшего заявление)* | |
| Контактные данные лица, ответственного за подключение | ФИО |  |
| e-mail |  |
| Телефон |  |
| Количество сетевых узлов, подключаемых к ГИС ЭЗ РТ |  | |
| Способ передачи реестра пользователей | по e-mail (передача данных осуществляется в зашифрованном виде)  средствами VipNet | |

Подтверждаем ознакомление и согласие со всеми положениями «Технических условий на подключение к ГИС ЭЗ РТ».

Подтверждаем выполнение предъявленных требований о защите информации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Достоверность предоставленных данных гарантируем. Обо всех изменениях параметров подключения к обязуемся уведомлять ГАУЗ «РМИАЦ».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *(наименование должности руководителя юридического лица-заявителя)* |  | *(подпись)* |  | *(инициалы, фамилия)* |