Форма

**Заявка**

**на регистрацию/изменение доступа
к информационному ресурсу «Мониторинг телемедицинских консультаций»**

1. Сведения об Участнике

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип Участника: | 🞎 МО | 🞎 СМО | 🞎 ТФОМС Челябинской области |
| Наименование Участника |  |

2. Пользователи, ответственные за внесение информации в информационный ресурс «Мониторинг телемедицинских консультаций»)

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу: | 🞎 предоставить доступ🞎 удалить доступ для логина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Фамилия* |  |
|  *Имя* |  |
| *Отчество* |  |
|  *Должность* |  |
| *Е-mail (уникальный)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу: | 🞎 предоставить доступ🞎 удалить доступ для логина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Фамилия* |  |
|  *Имя* |  |
| *Отчество* |  |
|  *Должность* |  |
| *Е-mail (уникальный)* |  |

1. Контактные лица участника

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контактные лица Участника | ФИО | Телефон, e-mail |
| Лицо, ответственное за взаимодействие |  |  |
| Лицо, ответственное за техническое обеспечение |  |  |

Руководитель организации И.О. Фамилия