**Заявка на отзыв доступа к Федеральному реестру медицинских организаций   
 и/или Федеральному регистру медицинских работников**

Прошу отозвать доступ у пользователя(-ей) к промышленнойверсии Федерального реестра медицинских организаций/Федерального регистра медицинских работников/Федерального реестра медицинских организаций и Федерального регистра медицинских работников *(ненужное удалить)* ЕГИСЗ. Сведения о пользователе(-ях) приведены в таблице.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **СНИЛС** | **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** | **Адрес электронной почты** | **Субъект РФ** | **Полное наименование организации** | **ИНН организации** | **Наименование Подсистемы ЕГИСЗ,**  **к которой необходимо закрыть доступ** | **Наименование роли, которую необходимо отозвать** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  | Выберите элемент. | Выберите элемент. |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  | Выберите элемент. | Выберите элемент. |

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

МП