**Заявка на предоставление доступа к Федеральному реестру медицинских организаций**

**и Федеральному регистру медицинских работников**

Прошу предоставить пользователю(-ям) права роли *{Наименование роли(-ей)}* в промышленныхверсияхФедерального реестра медицинских организаций и Федерального регистра медицинских работников 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 роли, которую необходимо присвоить пользователю(-ям)** |
| 1 |  |  |  |  |  | **Удмуртская**  **Республика** |  |  | **Работник МО (ФРМО/ФРМР)** |
| 2 |  |  |  |  |  | **Удмуртская**  **Республика** |  |  | **Работник МО (ФРМО/ФРМР)** |

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