|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2к распоряжению Министерства здраво-охранения Алтайского края |
| от |  | 2025 № |  |

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

на создание учетной записи администратора краевой медицинской организации в единой медицинской информационной системе ПК «Здравоохранение»

СОГЛАСОВАНО

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Администратор информационной безопасности | \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (подпись) (Ф.И.О.)  |

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_

На создание (продление) учетной записи пользователя

Прошу создать (продлить) учетную запись пользователя:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование краевой медицинской организации |  |
| Ф.И.О. сотрудника, должность |  |
| Номер телефона сотрудника |  |
| Ф.И.О. руководителя краевой медицинской организации, должность |  |
| Номер телефона руководителя краевой медицинской организации |  |

Сотрудник приступает к работе с: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Обоснование служебной необходимости: администрирование медицинской информационной системы ПК «Здравоохранение» внутри медицинской организации на основании приказа от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. №\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(подпись руководителя) (Ф. И.О.) (дата)

М.П.

С правилами работы в информационных системах КГБУЗ «АКМИАЦ» ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (подпись) (Ф. И.О.) (дата)

Выполнено:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

назначенное имя пользователя и пароль

Администратор информационного ресурса

\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (подпись) (Ф. И.О.) (дата)

|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 3к распоряжению Министерства здраво-охранения Алтайского края |
| от |  | 2025 № |  |

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

на создание учетной записи администратора краевой медицинской организации

в модуле «Единый контакт центр» РМИС «ПК Здравоохранение»

СОГЛАСОВАНО

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Администратор информационной безопасности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись) | (Ф.И.О.) |

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_

На создание (продление) учетной записи пользователя

Прошу создать (продлить) учетную запись пользователя:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование краевой медицинской организации |  |
| Ф.И.О. сотрудника, должность |  |
| Номер телефона сотрудника |  |
| Ф.И.О. руководителя краевой медицинской организации, должность |  |
| Номер телефона руководителя краевой медицинской организации |  |

Сотрудник приступает к работе с: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Обоснование служебной необходимости: администрирование информационного ресурса «Единый контакт центр» внутри медицинской организации на основании приказа от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. № \_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись руководителя) |  (Ф. И.О.) |  (дата) |
| М.П. |  |  |

С правилами работы в информационном ресурсе и Методическими рекомендациями по организации работы операторов Единого контакт центра для записи на прием к врачу ознакомлен(а)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись)  |  (Ф. И.О.) |  (дата) |

Выполнено:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| назначенное имя пользователя |  | назначенный пароль |

Администратор информационного ресурса:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись)  |  (Ф. И.О.) |  (дата) |

|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 4к распоряжению Министерства здраво-охранения Алтайского края |
| от |  | 2025 № |  |

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

на создание учетной записи обработки заявлений, полученных с Единого портала государственных услуг на прикрепление и проведение ежемесячной сверки с территориальным фондом обязательного медицинского страхования

СОГЛАСОВАНО

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Администратор информационной безопасности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись) | (Ф.И.О.) |

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_

На создание (продление) учетной записи пользователя

Прошу создать (продлить) учетную запись пользователя:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование краевой медицинской организации |  |
| Ф.И.О. сотрудника, должность |  |
| Номер телефона сотрудника |  |
| Ф.И.О. руководителя краевой медицинской организации, должность |  |
| Номер телефона руководителя краевой медицинской организации |  |

Сотрудник приступает к работе с: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Обоснование служебной необходимости: администрирование информационного ресурса «Единый контакт центр» внутри медицинской организации на основании приказа от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. № \_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись руководителя) |  (Ф. И.О.) |  (дата) |
| М.П. |  |  |

С правилами работы в информационном ресурсе и Методическими рекомендациями по организации работы операторов Единого контакт центра для записи на прием к врачу ознакомлен(а)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись)  |  (Ф. И.О.) |  (дата) |

Выполнено:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| назначенное имя пользователя |  | назначенный пароль |

Администратор информационного ресурса:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |
| (подпись)  |  (Ф. И.О.) |  (дата) |