ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к Регламенту оказания услуг удостоверяющего центра КГБУЗ «Медицинский центр - управляющая компания Ал­тайского медицинского кла­стера»

от 2016 г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

на возобновление действия квалифицированного сертификата ключа

проверки электронной подписи

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

(полное наименование организации, включая организационно-правовую форму)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

просит возобновить действие сертификата ключа электронной подписи своего уполномоченного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

содержащий следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serial number | Серийный номер |  |
| CommonName (CN) | Фамилия, имя и отчество |  |
| Title (T) | Должность |  |
| Organiza-tionUnit (OU) | Наименование подразделения (если имеется) |  |
| Organization (O) | Наименование организации (полное и краткое, в соответствии с выпиской ЕГРЮЛ/ЕГРИП) |  |
| STREET | Адрес |  |
| Locality (L) | Город |  |
| State (S) | Область | 22 Алтайский край |
| Country (C) | Страна | RU |
| E-mail (E) | Адрес электронной почты |  |
| Phone | Телефон/факс |  |
| INN | ИНН организации |  |
| OGRN | ОГРН организации |  |
| SNILS | СНИЛС должностного лица, на имя которого изготавливается СКП |  |

Владелец сертификата ключа подписи:

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

Руководитель организации:

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

(подпись) М.П. (фамилия, инициалы)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.