|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(Оформляется на бланке*  *организации заявителя)* |  | Директору ОГАУЗ «СОМИАЦ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на регистрацию администратора в АИС «Телемед 67»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| (полное наименование организации, включая организационно-правовую форму) | | | | |
| в лице |  |  | | |
|  |  | (должность, фамилия, имя, отчество) | | |
| действующего на основании | | |  |  |
|  | | |  |

просит зарегистрировать своего уполномоченного представителя в соответствии с указанными в настоящем заявлении данными:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование юридического лица |  |
| ФИО уполномоченного лица |  |
| Подразделение |  |
| Должность |  |
| Контактный телефон (рабочий или сотовый) |  |
| Адрес электронной почты |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Уполномоченное лицо** |  |  | |  | |
|  | (подпись) |  | | (инициалы / фамилия) | |
| **Руководитель организации** |  | |  | |  | |
|  | (подпись) | |  | | (инициалы / фамилия) | |
|  | **М.П.** | |  | | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | |