**З А Я В К А**

 **на регистрацию пользователя в**

 **Информационной системе Министерства**

 **здравоохранения РК**

регистрация / изменение прав **(нужное подчеркнуть)**

Прошу зарегистрировать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(Ф.И.О., ИИН- полностью, Указываете какие порталы нужны через запятую)**

С Инструкциями пользования по эксплуатации компьютерного оборудования и программного обеспечения ознакомлен и обязуюсь их выполнять

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

**(подпись пользователя)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Наименование организации |  |
| 2. | Адрес организации |  |
| 3. | Отдел, должность |  |
| 4. | Фамилия и имя на английском языке |  |
| 5. | № кабинета, № телефона |  |
| 6. | Наличие ЛВС ПК (IP адрес) |  |
| 7. | Подключение к ИСМЗ |  |
| 8. | Тип доступа |  |
| 9. | Права доступа (чтение, полный доступ) |  |

Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласовано:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Начальник отдела (непосредственный руководитель)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать отдел) (дата подачи заявки)