Заявка на подключение к информационному ресурсу ТФОМС

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование страховой медицинской организации/медицинской организации |  |
| 2 | Наименование модуля информационного ресурса ТФОМС |  |
| 3 | Ф.И.О. ответственного лица (пользователя) |  |
| 4 | Должность, контактный телефон ответственного лица (пользователя) |  |
| 5 | Наличие на АРМVipNet Client сети №641(да/нет). В случае отсутствия указать включен ли АРМ в ЗСПД |  |
| 6 | Наличие сертифицированного антивирусного программного обеспечения  (да/нет) |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.)

 (подпись)