**Заявка на регистрацию и получение доступа**

**к Федеральному регистру**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Перечень сведений об организации | Данные |
| 1 | Полное официальное наименование в соответствии с ЕГРЮЛ |  |
| 2 | Краткое официальное наименование |  |
| 3 | Юридический адрес |  |
| 4 | ИНН/КПП, ОГРН |  |
| 5 | Фактический адрес / Почтовый адрес |  |
| 6 | Контактный телефон |  |
| 7 | Электронная почта |  |
| 8 | Фамилия, имя, отчество, должность лица, ответственного за мероприятия по подключению  к Федеральному регистру |  |
| 9 | Телефон лица, ответственного за мероприятия по подключению к Федеральному регистру |  |
| 10 | Электронная почта лица, ответственного  за мероприятия по подключению к Федеральному регистру |  |
| 11 | Предполагаемая(-ые) ролевая(-ые) модель(-и) организации в Федеральном регистре (рекрутинговый центр, типирующая лаборатория, центр трансплантации, центр заготовки) |  |
| 12 | Номер лицензии на медицинскую деятельность  с указанием работ (услуг), соответствующих ролевой(-ым) модели(-ям) организации.  При наличии нескольких ролевых моделей необходимо перечислить соответствующие работы (услуги) для каждой роли |  |
| 13 | Сведения о выполнении технических условий подключения (предоставляется по запросу) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность подписавшего лица) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.

**Заявка на регистрацию и получение доступа работников юридического лица к Федеральному регистру**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО сотрудника | Должность | Электронная почта | Наименование роли (рекрутинговый центр, типирующая лаборатория, центр трансплантации, центр заготовки) | Уникальный идентификатор в Федеральном регистре медицинских работников (ФРМР) (при наличии) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность подписавшего лица) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.