**Заявка на подключение МО в промышленной среде подсистемы «Федеральный реестр электронных медицинских документов»**

Прошу подключить МО через государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации (далее ГИС) в промышленной среде подсистемы «Федеральный реестр электронных медицинских документов» с целью передачи сведений об электронных медицинских документах.

Сведения об организации, эксплуатирующей ИС, приведены в Таблице 1. Сведения о ИС приведены в Таблице 2. Сведения о медицинских организациях, использующих ИС, приведены в Таблице 3.

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование организации, эксплуатирующей ИС** | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» |
| **Адрес официального сайта организации** | rbms.rkomi.ru |
| **Место работы, должность, ФИО контактного лица (руководителя организации)** | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр», Директор Красавин Андрей Александрович |
| **Адрес электронной почты контактного лица (руководителя организации)** | a.a.krasavin@minzdrav.rkomi.ru |

Таблица 1 – Сведения об организации

Таблица 2 – Сведения о ИС

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное наименование ИС** | Государственная информационная система здравоохранения Республики Коми на базе программного обеспечения «Единая региональная информационная система 2.0» |
| **Краткое наименование ИС** | ГИСЗ РК |
| **Субъект Российской Федерации** | Республика Коми |
| **Идентификатор ИС в ИПС** | 90a85596-6fd8-0e70-eec0-21195e51f38d |
| **Адрес сервиса ИС в ИПС** | https://ips.rosminzdrav.ru/18bb950c46a9e |
| **Тип ИС** | ГИСЗ |
| **Поставщик (разработчик) ПО** | ООО «РТ МИС» |
| **Адрес электронной почты службы технической поддержки или ответственного лица поставщика (разработчика) ПО** | rmis.stp@rtlabs.ru |
| **Идентификатор ИС в РЭМД** | emdr-rmis-1827 |
| Дата: | Заполняется МО  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  Подпись МП Расшифровка подписи |

Таблица 3 – Сведения о медицинских организациях, использующих ИС

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Полное наименование организации**  **(согласно ФРМО)** | **OID организации в ФРМО** | **Ведомственная принадлежность (согласно ФРМО)** |
| Заполняется МО | Заполняется МО | Заполняется МО |