**Заявка на регистрацию ИС и подключение МО в тестовой среде подсистемы «Федеральный реестр электронных медицинских документов»**

Прошу зарегистрировать иную информационную систему в тестовой 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.

Таблица 1 – Сведения об организации

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование организации, эксплуатирующей ИС**  | ООО «МедРокет» |
| **Адрес официального сайта организации** | https://medrocket.ru/ |
| **Место работы, должность, ФИО контактного лица (руководителя организации)** | ООО «МедРокет», директор, Федосов С.Р. |
| **Адрес электронной почты контактного лица (руководителя организации)** | admin@medrocket.ru |

Таблица 2 – Сведения о ИС

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное наименование ИС** | Иная информационная система. Все субъекты РФ.  «Сервис интеграции «МедФлекс»» |
| **Краткое наименование** | ИИС. СИ «МедФлекс» |
| **Субъект Российской Федерации** | Все субъекты РФ |
| **Идентификатор ИС в тестовой ИПС** | cf10a7e9-0df3-0637-8cbd-c908f83c57a8 |
| **Адрес сервиса ИС в тестовой ИПС** | https://ips.test.egisz.rosminzdrav.ru/e3ee65fc01c7e |
| **Тип ИС** | Иная ИС |
| **Поставщик (разработчик) ПО** | ИИС «СИ «МедФлекс»ООО «МедРокет»Краснодарский край |
| **Адрес электронной почты службы технической поддержки или ответственного лица поставщика (разработчика) ПО** | medflex@medrocket.ru |
| **Идентификатор ИС в РЭМД** | emdr-rmis-14271 |
| Дата: Заполнить | директорДолжность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Федосов С.Р./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)** |
| Заполнить | Заполнить |  |
| Дата: Заполнить | ЗаполнитьДолжность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Заполнить Подпись МП Расшифровка подписи |