*Пример заявки на добавление пользователей в ИС РАС*

*(на фирменном бланке)*

|  |  |
| --- | --- |
| О предоставлении доступа | Директору ГУ «РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» |

*(Наименование организации здравоохранения)* просит предоставить доступ в информационную систему «По ранней диагностике расстройств аутистического спектра в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения» пользователям согласно приложению.

Руководитель организации

(подпись) ФИО

Контактный телефон ответственного лица

Приложение

ЗАЯВКА

на добавление пользователей в информационную систему «По ранней диагностике расстройств аутистического спектра в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование организации здравоохранения | Адрес организации | УНП | ОКПО | Фамилия Имя Отчество пользователя | Специальность | Email пользователя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание.

1. В графе 2, если пользователь является специалистом Центра раннего вмешательства указывается «Центр раннего вмешательства Наименование организации здравоохранения». Например, Центр раннего вмешательства учреждения здравоохранения «2-я городская детская поликлиника», г. Минск.
2. В графе 7 указывается специальность врача: педиатр, детский невролог, невролог и т.п.
3. Заполнение всех граф **обязательно.**
4. Наemail пользователя будут направляться логин, пароль и информация, относящаяся к проведенным компьютерным тестам.

*Пример заявки на удаление пользователей в ИС РАС*

*(на фирменном бланке)*

|  |  |
| --- | --- |
| О прекращении доступа | Директору ГУ «РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» |

*(Наименование организации здравоохранения)* в связи с кадровыми изменениями просит удалить из информационной системы «По ранней диагностике расстройств аутистического спектра в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения» пользователей согласно приложению.

Руководитель организации

(подпись) ФИО

Контактный телефон ответственного лица

Приложение

ЗАЯВКА

на удаление пользователей из информационной системы «По ранней диагностике расстройств аутистического спектра в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия Имя Отчество пользователя | Специальность | Email пользователя |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |