## Приложение № 10

к Порядку реализации функций аккредитованного удостоверяющего центра государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области»

(Форма заявления на получение информации о статусе квалифицированного сертификата)

**Для юридических лиц**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | Удостоверяющий центр  «МИАЦ» |
|  | | № |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование организации, включая организационно-правовую форму)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

просит предоставить информацию о статусе квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи, содержащего следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Серийный номер сертификата |  |
| Наименование организации |  |
| ОГРН организации |  |
| Фамилия |  |
| Имя Отчество |  |
| СНИЛС |  |

Период времени[[1]](#footnote-1) на момент наступления которого требуется установить статус квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи: с «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» по «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись и Ф.И.О.) |

## 

1. Если время и дата не указаны, то статус сертификата устанавливается на момент времени принятия заявления Удостоверяющим центром [↑](#footnote-ref-1)