## Приложение № 13

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

 (Форма заявления о прекращении действия квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи)

**Для физических лиц и индивидуальных предпринимателей**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Удостоверяющий центр«МИАЦ» |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(причина прекращения действия сертификата)

прошу прекратить действие квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи, владельцем которого я являюсь, содержащего следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Серийный номер сертификата |  |
| Фамилия |  |
| Имя Отчество |  |
| ИНН |  |
| СНИЛС |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О заявителя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (расшифровка подписи) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ |