## Приложение № 11

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

 (Форма заявления на получение информации о квалифицированного статусе сертификата)

**Для физических лиц и индивидуальных предпринимателей**

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

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

(фамилия, имя, отчество)

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

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

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

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

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