## Приложение № 9

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

(Форма заявления на проверку подлинности усиленной квалифицированной электронной подписи в электронном документе)

**для физических лиц и индивидуальных предпринимателей**

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

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

(фамилия, имя, отчество)

прошу проверить действительность усиленной квалифицированной электронной подписи, использованной для подписания электронного документа на основании следующих данных:

1. Серийный номер квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи, выданного Удостоверяющим центром, с использованием которого необходимо осуществить проверку действительности электронной подписи в электронном документе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Время[[1]](#footnote-1) подписания электронной подписью электронного документа:

«\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»;

Час минута день месяц год

3. Время, на момент наступления которого необходимо проверить подлинность электронной подписи (если момент подписания электронного документа не определен):

«\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Час минута день месяц год

|  |  |
| --- | --- |
| Приложение: | 1. Квалифицированный сертификат ключа проверки электронной подписи, выданный удостоверяющим центром государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области», с использованием которого необходимо проверить действительность электронной подписи в электронном документе (файл формата CMS), на носителе информации – рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_;  2. Электронный документ, подписанный электронной подписью, основанной на квалифицированном сертификате, выданным удостоверяющим центром государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области», действительность которой необходимо проверить (в виде файла стандарта CMS), на носителе информации – рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_. |

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

1. Время и дата указываются с учетом часового пояса (по Московскому времени). [↑](#footnote-ref-1)