## Приложение № 3

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

(Форма заявления на создание и выдачу квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи   
**для юридических лиц**)

|  |  |
| --- | --- |
| г. Калининград  **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 20\_\_ г. № **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Удостоверяющий центр  «МИАЦ» |

**Заявление на изготовление квалифицированного сертификата**

**ключа проверки электронной подписи**

|  |
| --- |
|  |
| (полное наименование организации, включая организационно-правовую форму согласно ЕГРЮЛ) |
| в лице |
| (должность, фамилия, имя, отчество) |
| действующего на основании |

(устава, положения, иное)

Просит изготовить квалифицированный сертификат ключа проверки электронной подписи уполномоченного представителя, в соответствии с указанными в настоящем заявлении данными, передать в единую систему идентификации и аутентификации сведения о лице, получившем квалифицированный сертификат подписи уполномоченного представителя

|  |
| --- |
|  |
| (Ф.И.О.) |
| пол: «\_\_\_», дата рождения: «\_\_.\_\_.\_\_\_\_г.», место рождения: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» |
| документ, удостоверяющий личность: серия «\_\_\_\_» номер «\_\_\_\_\_\_\_», кем выдан: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» |
| дата выдачи «\_\_.\_\_.\_\_\_\_г.» , код подразделения: «\_\_\_-\_\_\_» |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование юридического лица[[1]](#footnote-1) |  |
| Наименование населенного пункта |  |
| Название улицы, номер дома |  |
| Область |  |
| Страна | RU |
| ИНН[[2]](#footnote-2) |  |
| ОГРН организации |  |
| Фамилия |  |
| Имя Отчество |  |
| Должность |  |
| Подразделение организации |  |
| СНИЛС |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Области использования (расширения сертификата) | *При необходимости указать области использования ключа[[3]](#footnote-3), либо указать (отметить) шаблон сертификата:*  *□ Сертификат ЭП-ОВ;*  *□ Сертификат для работы в ИС дополнительного лекарственного обеспечения;*  *□ Сертификат для работы оформления электронных листов нетрудоспособности;*  *□ Сертификат для подписания электронных медицинских документов.* |
| Ключ электронной подписи и ключ проверки электронной подписи | *□ Создать с использованием средств Удостоверяющего центра*  *□* *Создан с использованием средств электронной подписи заявителя* |
| Наименование средства электронной подписи заявителя | *□ СКЗИ «КриптоПро CSP» версии 4.0*  *□* *СКЗИ «ViPNet CSP» версии 4.2*  *□ иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Класс средств электронной подписи заявителя | *□ КС1*  *□ КС2* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Приложение: | Согласие лица, на имя которого создается квалифицированный сертификат, на обработку персональных данных[[4]](#footnote-4);  Запрос на создание сертификата в электронном и (или) бумажном виде[[5]](#footnote-5) | | |
| Руководитель организации | | | |  |
|  | | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность) | | | (подпись) М.П. | (Ф.И.О) |
|  | | |  |  |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | 20\_\_ г. |  |
|  | | |  |  |
| Уполномоченный | | | представитель |  |
|  | | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность) | | | (подпись) | (Ф.И.О) |
|  | | |  |  |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | 20\_\_ г. |  |

(заполняется уполномоченным лицом УЦ «МИАЦ»)

Данное Заявление зарегистрированы в реестре Удостоверяющего центра.

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Уполномоченное лицо УЦ «МИАЦ» (доверенность №\_\_ от \_\_ . \_\_ . 20\_\_г.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

М.П.

Приложение

к заявлению на создание и выдачу квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи **для юридических лиц**

(Форма согласия на обработку персональных данных)

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

(Фамилия, Имя, Отчество лица, на имя которого изготавливается сертификат, серия и номер паспорта, кем и когда выдан)

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

(адрес места регистрации и проживания)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона «О персональных данных» даю согласие оператору персональных данных – государственному казённому учреждению здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области» (далее- МИАЦ), расположенному по адресу: г. Калининград, ул. Клиническая, д. 74, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес регистрации (места жительства), серию, номер, дату и место выдачи основного документа, удостоверяющего личность, пол, дату и место рождения, гражданство, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), адрес электронной почты, номер мобильного телефона, сведения о месте работы, должность.

Настоящее согласие предоставляется мной в целях получения услуг в соответствии с Порядком реализации функций аккредитованного удостоверяющего центра МИАЦ (далее – Порядок), включения сведений в квалифицированный сертификат, а также для регистрации меня и выданного мне квалифицированного сертификата в единой системе идентификации и аутентификации в соответствии с частью 5 статьи 18 Федерального закона «Об электронной подписи». Настоящим соглашаюсь на включение моих сведений, содержащихся в выданном мне квалифицированном сертификате ключа проверки электронной подписи, в том числе включающих фамилию, имя, отчество, сведений о месте работы и занимаемой должности, ИНН, СНИЛС, адрес электронной почты, в общедоступные источники персональных данных, которыми являются квалифицированный сертификат ключа проверки электронной подписи и реестр сертификатов удостоверяющего центра МИАЦ.

Настоящим предоставляю МИАЦ право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, предусмотренные Порядком, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, предоставление, блокирование и уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует в течение всего срока осуществления МИАЦ функций удостоверяющего центра в соответствии с требованиями статей 13, 14, 15 Федерального закона «Об электронной подписи» и может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом «О персональных данных».

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных МИАЦ имеет право не прекращать их обработку до окончания установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации сроков хранения соответствующей информации или документов, при обработке которых использовалась электронная подпись данного субъекта персональных данных, а также в случаях, предусмотренных статьей 6 Федерального закона «О персональных данных».

Подтверждаю, что с Порядком, опубликованным на сайте МИАЦ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу http://miac39.ru/uc, и приложениями к нему, в том числе с руководством по обеспечению безопасности использования электронной подписи и средств электронной подписи, ознакомлен и обязуюсь соблюдать все его положения.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись и ФИО уполномоченного лица, на имя которого изготавливается сертификат). |

1. Рекомендуется указывать сокращенное наименование юридического лица (если имеется). [↑](#footnote-ref-1)
2. Указывается ИНН (12 цифр) владельца сертификата. [↑](#footnote-ref-2)
3. Области использования ключа опубликованы на сайте Удостоверяющего центра. [↑](#footnote-ref-3)
4. Не предоставляется в случае, если данное согласие ранее предоставлялось, либо если создается квалифицированный сертификат, используемый для автоматического подписания электронной подписью в информационной системе. [↑](#footnote-ref-4)
5. Предоставляется в случае самостоятельного создания заявителем ключа электронной подписи и ключа проверки электронной подписи с использованием средств электронной подписи заявителя. [↑](#footnote-ref-5)