Таблица 1

# Форма запроса

# на добавление медицинской организации в информационно-аналитическую систему по сбору и обработке отчётных статистических форм по профилю «Хирургия (Комбустиология)»

|  |  |
| --- | --- |
| **Основная информация** |  |
| 1. Наименование субъекта РФ (республика/край/область/округ)
 |  |
| 1. Наименование города/района мед. организации
 |  |
| 1. Полное наименование мед. организации
 |  |
| 1. Краткое наименование мед. организации
 |  |
| 1. ФИО руководителя мед. организации
 |  |
| 1. Должность руководителя мед. организации
 |  |
| 1. Адрес электронной почты мед. организации
 |  |
| 1. Почтовый адрес мед. организации
 |  |
| **Дополнительная информация** |  |
| 1. ФИО пользователя мед. организации \*
 |  |
| 1. Телефон для связи с пользователем мед. организации
 |  |
| 1. Адрес электронной почты для связи с пользователем мед. организации\*\*
 |  |

\* Пользователь мед. организации – это представитель мед. организации, наделенный полномочиями вносить данные Систему (врач, ответственный за курацию больных с ожогами \зав. отделением)

\*\* можно указывать до 3 адресов , например, личная почта и почта ожогового\хирургического отделения.

Заявку отправлять на адрес: combustiologia@ixv.ru