

Від _____
вих. № _____

Державне підприємство
“Електронне здоров’я”
вул. Майдан Незалежності, 2,
м. Київ, 01012
ЄДРПОУ 41848148

(назва юридичної особи заявника)

(ПІБ та посада уповноваженої особи заявника)

Заявка на тестування

[повна-назва-організації] (Код ЄДРПОУ: [код]), в особі [посада керівника] - [ПІБ], який діє на підставі [статуту/наказу/інше (вказати)], (далі - Заявник), просить провести тестування електронної медичної інформаційної системи «[Назва МІС]» (далі — МІС) на відповідність технічним вимогам, що затверджені наказом Національної служби здоров’я України №____ від _____, дотримання яких є необхідним для підключення до центральної бази даних (далі - ЦБД) електронної системи охорони здоров’я (далі - система).

Подаючи цю заявку, Заявник підтверджує, що має всі законні підстави для використання МІС, в тому числі весь необхідний обсяг прав для підключення МІС до ЦБД, та надав всі документи згідно переліку додатків до заявки.

Просимо надати можливість проходження тестування відповідно до Програми тестування. Підтверджуємо розуміння того, що проведення тестування не гарантує подальшого підключення МІС до ЦБД, і що таке підключення, якщо матиме місце, здійснюватиметься на підставі договору між оператором МІС та Адміністратором ЦБД системи — ДП “Електронне здоров’я”.

Висновки про проведене тестування просимо надіслати на адресу електронної пошти [email]. / на поштову адресу [поштова адреса].

Відомості та технічні характеристики МІС

Назва МІС	
Веб-сайт МІС	
Веб-сайт оператора	
Тип системи	[додаток операційної системи / додаток оглядача інтернет (браузера) / додаток для мобільних пристроїв (смартфони,

	планшети, тощо / інше (вказати)]
Наявні та протестовані модулі	1. 2. 3.
Обраний оператором МІС перелік модулів для тестування	1. 2. 3.
Перелік модулів для відключення у разі обмеження функціоналу МІС	1. 2. 3.
Мінімальні вимоги до програмного та апаратного забезпечення	
Використання сторонніх, в тому числі хмарних, сервісів для збору і збереження інформації (у разі наявності)	
Методи аутентифікації користувачів в системі	[OAuth / SMS / інше (вказати)] [вказати, яка система є провайдером аутентифікації]
IP адреси серверів, які будуть підключатись до ЦБД системи	1. 2. 3.
Redirect_URI	
Контактні дані відповідальних осіб оператора МІС	1. 2. 3.
Контактний e-mail оператора МІС	
Контактний номер телефону оператора МІС	
Обраний спосіб отримання ключа до продуктивного середовища	[особисто в руки відповідальній особі / доставка фельд'єгерською службою]
Відеозапис власного тестування	[особисто в руки відповідальній особі / посилання для завантаження]

Даю дозвіл на розміщення логотипу, знаку для товарів послуг, посилання на веб-сайт МІС/оператора на веб-сайті системи	[ТАК/НІ]
---	----------

Додатки до заявки:

1. Відомості та документи, що підтверджують права на електронну медичну інформаційну систему або на підключення такої системи до центральної бази даних (у разі наявності);
2. Виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, сформовану не пізніше, ніж за 30 днів до моменту подання оператором цієї Заявки.

посада

підпис
М.П.

П.І.Б.