

فرم دریافت توکن سرویسهای درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس)
(مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت)

لطفا یکی از موارد زیر را انتخاب فرمایید:	
<input type="checkbox"/> درخواست اولیه صدور	<input type="checkbox"/> درخواست تمدید
(۱) مشخصات مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت (اطلاعات این بخش می‌بایست منطبق با اطلاعات سامانه‌های siam و pocsra وزارت بهداشت باشد)	
نام مرکز:	نام مرکز:
شماره پروانه/شناسه سیام:	شماره پروانه/شناسه سیام:
نوع سامانه:	نام سامانه:
استان:	شهر:
آدرس:	شهرستان:
کد پستی ۱۰ رقمی:	تلفن ثابت (با کد شهر):
(۲) مشخصات فردی متقاضی توکن	
نام:	نام خانوادگی:
First Name:	
Last Name:	
شماره ملی:	
نام پدر:	تاریخ تولد:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
آدرس محل سکونت:	
کد پستی:	
سمت سازمانی:	پست الکترونیک:
تلفن همراه:	تلفن ثابت (با کد شهر):
تاریخ:	اثر انگشت:
محل امضا:	
(۳) تایید مسئول (صاحب امتیاز پروانه/مجوز) مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت (این بخش توسط دارنده پروانه مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت یا وکیل رسمی وی تکمیل می‌گردد)	
اینجانب به عنوان مسئول مرکز درج شده در بخش ۱ با اطلاع از "الزامات اخذ توکن گواهی امضای دیجیتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخش ۶ صحت مندرجات فرم فوق را تایید نموده و درخواست توکن حاوی گواهی امضای دیجیتال " درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت را دارم.	
تاریخ:	اثر انگشت:
محل مهر و امضا:	

