

УТВЕРЖДАЮ

Директор ООО «Информзащита»

В.В. Морозов
«___» _____ 2020 г.

РЕГЛАМЕНТ
взаимодействия удостоверяющего центра ООО «Информзащита»
с медицинскими организациями Воронежской области

1. Общие положения

Настоящий Регламент определяет порядок и условия оказания услуг Заказчику по созданию и выдаче квалифицированных сертификатов ключей проверки электронной подписи (далее – КСКП ЭП) должностным лицам медицинских организаций Воронежской области (далее – МО ВО), которым предоставлено право по осуществлению запросов на создание, приостановление, отзыв КСКП ЭП и иные действия, предусмотренные настоящим Регламентом взаимодействия.

2. Порядок оказания услуг

В п.2.1 и 2.2 описывается состав заявительных документов, необходимый для оказания услуг по обеспечению должностных лиц МО ВО КСКП ЭП. Предоставление заявительных документов, защищенных USB-носителей (в случае продления КСКП ЭП) в Удостоверяющий центр может осуществляться Ответственным лицом организации Заказчика, на которого оформляется Доверенность на получение КСКП ЭП соответствующей формы (Приложение 2). Передача сформированных КСКП ЭП и иных документов будет осуществляться при предоставлении такой доверенности и документа, удостоверяющего личность.

Правила и примеры заполнения Заявлений на изготовление КСКП ЭП и Доверенности на получение КСКП ЭП представлены в п.2.3. Заполненные заявления в формате .xls (MS Excel) предварительно направляются на эл. почту: am@2410000.ru.

2.1 Порядок выдачи КСКП ЭП.

2.1.1. КСКП ЭП для должностных лиц МО ВО.

Для оказания услуг по созданию и выдаче КСКП ЭП должностным лицам (**врачам**) **МО ВО** в Удостоверяющий центр должны быть предоставлены следующие заявительные документы:

- **Заявление** на изготовление КСКП ЭП (Приложение 1);
- В случае передачи заявительных документов через Ответственное лицо Заказчика – **Доверенность на получение КСКП ЭП** (Приложение 2);
- Заверенные печатью организации и подписью руководителя: ксерокопии Паспорта врача (страница с ФИО, прописка), СНИЛС, свидетельства ИНН (в случае отсутствия свидетельства допустимо предоставить скриншот страницы

запроса сведений о физическом лице сервиса Федеральной налоговой службы - <https://service.nalog.ru/inn.do>).

2.1.2. КСКП ЭП для руководителя МО ВО.

Для оказания услуг по созданию и выдаче КСКП ЭП **руководителям МО ВО** в Удостоверяющий центр должны быть предоставлены следующие заявительные документы:

- **Заявление** на изготовление КСКП ЭП (Приложение 1);
- В случае передачи заявительных документов через Ответственное лицо Заказчика – **Доверенность на получение КСКС ЭП** (Приложение 2);
- Заверенные печатью организации и подписью руководителя: ксерокопии Паспорта руководителя (страница с ФИО, прописка), СНИЛС;
- Заверенные печатью организации и подписью руководителя: **свидетельства ИНН и ОГРН Организации;**
- Заверенные печатью организации и подписью руководителя: копия **Приказа о назначении руководителя на должность.**

2.2 Порядок продления КСКП ЭП.

При продлении КСКП ЭП на должностное лицо, либо руководителя МО ВО в Удостоверяющий центр предоставляется защищенный USB-токен, на который будет производиться запись КСКП ЭП, а также комплект документов из п.2.1.1 и 2.1.2 соответственно.

При продлении настоятельно рекомендуется использовать защищенные USB-токены. В противном случае, владелец КСКП ЭП полностью берет на себя ответственность за целостность информации на носителе и его функционирование в период действия КСКП ЭП.

2.3 Примеры заполнения заявительных документов

2.3.1 Пример оформления Заявления (должностное лицо - врач)

В аккредитованный УЦ ООО «Информзащита»

Заявление на изготовление квалифицированного сертификата ключа подписи

Воронежская областная клиническая больница №1

(полное наименование медицинской организации)

Иванов Сергей Петрович

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании (для руководителя):

Просит сформировать ключи электронной подписи и создать сертификат ключа проверки электронной подписи на предоставленный ключевой носитель. В качестве владельца сертификата ключа проверки электронной подписи наряду с указанием в сертификате наименования нашей организации прошу указать следующего полномочного представителя (уполномоченное лицо), действующего от имени нашей организации – Пользователя Удостоверяющего центра в соответствии с указанными в настоящем заявлении данными:

Фамилия	Иванов
Имя	Сергей
Отчество	Петрович
Должность	Врач-терапевт
Организация	Воронежская областная клиническая больница №1
Страна (Код страны)	RU
Субъект РФ по местонахождению(область)	36 Воронежская область
Индекс	394000
Населенный пункт (по прописке)	г. Воронеж
Улица, дом (по прописке)	ул. Ленина, д. 6
ИНН (врача)	365245961453
ОГРН	-
СНИЛС:	153-486-123-56
Электронная почта:	mail@mail.ru
Тел:	+7 910 555 44 77

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

М.П.

Дата составления: « ____ » _____ 2020 г.

Настоящим я-

(фамилия, имя, отчество)

** **** Отделом УФМС по г. Воронеж, 05.08.2012

(паспорт серия, номер, кем и когда выдан)

В соответствии со статьей 428 ГК Российской Федерации полностью и безусловно присоединяюсь к Регламенту Удостоверяющего центра ООО «Информзащита» (Регламент) и всем его положениям и обязуюсь соблюдать все его положения. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях регистрации и обслуживания в информационной системе удостоверяющего центра ООО «Информзащита» (формирования общедоступных справочников сертификатов ключей подписей, списков отозванных сертификатов ключей подписей) своей волей и в своем интересе выражаю согласие ООО «Информзащита», на обработку им (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств моих персональных данных.

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

« ____ » _____ 2020 г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ФАКТИЧЕСКОМ ПОЛУЧЕНИИ В УЦ ООО «Информзащита»

Подтверждаю, что мною получены в количестве, предусмотренном Договором офертой с УЦ ООО «Информзащита»:

- ключевой носитель;
- сертификат ключа подписи на бумажном носителе;
- руководство по обеспечению безопасности использования квалифицированной электронной подписи и средств квалифицированной электронной подписи;

(фамилия, имя, отчество лица, действующего по доверенности)

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Дата получения: « ____ » _____ 2020г.

2.3.2 Пример оформления Заявления (руководитель МО ВО)

В аккредитованный УЦ ООО «Информзащита»

Заявление на изготовление квалифицированного сертификата ключа подписи

Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1

(полное наименование медицинской организации)

Сорокина Светлана Александровна

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании (для руководителя):

Приказа

Просит сформировать ключи электронной подписи и создать сертификат ключа проверки электронной подписи на предоставленный ключевой носитель. В качестве владельца сертификата ключа проверки электронной подписи наряду с указанием в сертификате наименования нашей организации прошу указать следующего полномочного представителя (уполномоченное лицо), действующего от имени нашей организации – Пользователя Удостоверяющего центра в соответствии с указанными в настоящем заявлении данными:

Фамилия	Сорокина
Имя	Светлана
Отчество	Александровна
Должность	Главный врач
Организация	Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1
Страна (Код страны)	RU
Субъект РФ по местонахождению(область)	36 Воронежская область
Индекс	394000
Населенный пункт (Организации)	г. Воронеж
Улица, дом (Организации)	просп. Патриотов, 23
ИНН (Организации)	3650003565
ОГРН (Организации)	1023601552941
СНИЛС:	146-190-113-77
Электронная почта:	mail@mail.ru
Тел:	+7 910 555 44 77

_____/_____
(подпись) (фамилия,инициалы)

М.П.

Дата составления: «__» _____ 2020 г.

Настоящим я-

(фамилия, имя, отчество)

** **** Отделом УФМС по г. Воронеж, 05.08.2012

(паспорт серия,номер,кем и когда выдан)

В соответствии со статьей 428 ГК Российской Федерации полностью и безусловно присоединяюсь к Регламенту Удостоверяющего центра ООО «Информзащита» (Регламент) и всем его Приложениям и обязуюсь соблюдать все его положения. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях регистрации и обслуживания в информационной системе удостоверяющего центра ООО «Информзащита» (формирования общедоступных справочников сертификатов ключей подписей, списков отозванных сертификатов ключей подписей) своей волей и в своем интересе выражаю согласие ООО «Информзащита», на обработку им (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств моих персональных данных.

_____/_____
(подпись) (фамилия,инициалы)

«__» _____ 2020 г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ФАКТИЧЕСКОМ ПОЛУЧЕНИИ В УЦ ООО «Информзащита»

Подтверждаю, что мною получены в количестве, предусмотренном Договором офертой с УЦ ООО «Информзащита»:

- ключевой носитель;
- сертификат ключа подписи на бумажном носителе;
- руководство по обеспечению безопасности использования квалифицированной электронной подписи и средств квалифицированной электронной подписи;

(фамилия,имя,отчество лица ,действующего по доверенности)

_____/_____
(подпись) (фамилия,инициалы)

Дата получения: «__» _____ 2020г.

2.3.3 Пример оформления Доверенности

Доверенность

г. Воронеж

«17» июня 2020 г.

Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1

(полное наименование медицинской организации)

в лице главного врача Смирновой Марии Сергеевны

(должность руководителя, фамилия, имя, отчество)

_____, действующего на основании Устава

уполномочивает Петрова Михаила Александровича

(фамилия, имя, отчество лица, получившего доверенность)

1234 123456 отделом УФМС по г. Воронеж, 12.09.2003

(серия и номер паспорта, кем и когда выдан)

1. Предоставить в Удостоверяющий центр ООО «Информзащита» необходимые документы, определенные Регламентом Удостоверяющего центра и его Приложениями, для регистрации своих уполномоченных представителей в качестве Пользователей Удостоверяющего центра

№ п/п	Фамилия, имя, отчество <u>владельца сертификата ключа подписи</u>	Подпись пользователя Удостоверяющего центра ООО «Информзащита»
1.	<u>Крюков Антон Сергеевич</u>	
2.	<u>Сорокин Григорий Романович</u>	

2. Получить сформированные ключи подписи, сертификаты ключей подписи своих уполномоченных представителей и иные документы, определенные Регламентом Удостоверяющего центра ООО «Информзащита».

В рамках данного поручения лицо, получившее доверенность наделяется следующими правами:

1. Расписаться на копии сертификата ключа подписи на бумажном носителе и в соответствующих документах для исполнения поручений, определенных настоящей Доверенностью.
2. Выполнять иные действия связанные с или вытекающие из настоящего поручения.

Настоящая доверенность действительна по «17» июня 2021г. и выдана без права передоверия.

Подпись лица, получившего
доверенность
подтверждаю.

Петров М.А.
(фамилия, инициалы)

(подпись)

Главный врач
(должность руководителя)

(подпись)

/ Смирнова М.С.
(фамилия, инициалы)

«___» _____ 20__ года

М.П.

3. Журнал учета обращений

В рамках технического обслуживания Удостоверяющим центром осуществляется консультирование пользователей по тел. (473) 241-00-00, 229-39-49 и/или по электронной почте oib@2410000.ru.

4. Список приложений

- 1) Приложение 1. Форма заявления на изготовление квалифицированного сертификата ключа подписи.
- 2) Приложение 2. Форма доверенности на получение ключей электронной подписи и сертификата ключа проверки электронной подписи.
- 3) Приложение 3. Форма заявления о прекращении действия сертификата ключа проверки электронной подписи.

Приложение 1.

Форма заявления на изготовление
квалифицированного сертификата ключа подписи

**В аккредитованный УЦ ООО «Информзащита»
Заявление на изготовление квалифицированного сертификата ключа подписи**

(полное наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании (для руководителя):

Просит сформировать ключи электронной подписи и создать сертификат ключа проверки электронной подписи на предоставленный ключевой носитель. В качестве владельца сертификата ключа проверки электронной подписи наряду с указанием в сертификате наименования нашей организации прошу указать следующего полномочного представителя (уполномоченное лицо), действующего от имени нашей организации – Пользователя Удостоверяющего центра в соответствии с указанными в настоящем заявлении данными:

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Должность	
Организация	
Страна (Код страны)	RU
Субъект РФ по местонахождению(область)	
Индекс	
Населенный пункт	
Улица, дом	
ИНН	
ОГРН	
СНИЛС:	
Электронная почта:	
Тел:	

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия,инициалы)

М.П.

Дата составления: «__» _____ 2020 г.

Настоящим я-

(фамилия, имя, отчество)

(паспорт серия,номер,кем и когда выдан)

В соответствии со статьей 428 ГК Российской Федерации полностью и безусловно присоединяюсь к Регламенту Удостоверяющего центра ООО «Информзащита» (Регламент) и всем его Приложениям и обязуюсь соблюдать все его положения. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных” в целях регистрации и обслуживания в информационной системе удостоверяющего центра ООО «Информзащита» (формирования общедоступных справочников сертификатов ключей подписей, списков отозванных сертификатов ключей подписей) своей волей и в своем интересе выражаю согласие ООО «Информзащита», на обработку им (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств моих персональных данных.

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия,инициалы)

«__» _____ 2020 г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ФАКТИЧЕСКОМ ПОЛУЧЕНИИ В УЦ ООО «Информзащита»

Подтверждаю, что мною получены в количестве, предусмотренном Договором офертой с УЦ ООО «Информзащита»:

- ключевой носитель;
- сертификат ключа подписи на бумажном носителе;
- руководство по обеспечению безопасности использования квалифицированной электронной подписи и средств квалифицированной электронной подписи;

(фамилия,имя,отчество лица ,действующего по доверенности)

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия,инициалы)

Дата получения: «__» _____ 2020г.

Приложение 2.

Форма доверенности на получение ключей
электронной подписи и сертификата ключа проверки
электронной подписи

Доверенность

Г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (полное наименование медицинской организации)

в лице _____

(должность руководителя, фамилия, имя, отчество)

_____, действующего на основании _____

уполномочивает _____

(фамилия, имя, отчество лица, получившего доверенность)

_____ (серия и номер паспорта, кем и когда выдан)

1. Предоставить в Удостоверяющий центр ООО «Информзащита» необходимые документы, определенные Регламентом Удостоверяющего центра и его Приложениями, для регистрации своих уполномоченных представителей в качестве Пользователей Удостоверяющего центра

№ п/п	Фамилия, имя, отчество владельца сертификата ключа подписи	Подпись пользователя Удостоверяющего центра ООО «Информзащита»
1.		
2.		

2. Получить сформированные ключи подписи, сертификат ключа подписи своих уполномоченных представителей и иные документы, определенные Регламентом Удостоверяющего центра ООО «Информзащита».

В рамках данного поручения лицо, получившее доверенность наделяется следующими правами:

3. Расписаться на копии сертификата ключа подписи на бумажном носителе и в соответствующих документах для исполнения поручений, определенных настоящей Доверенностью.
4. Выполнять иные действия связанные с или вытекающие из настоящего поручения.

Настоящая доверенность действительна по « ____ » _____ 20__ г. и выдана без права передоверия.

Подпись лица, получившего доверенность _____ (фамилия, инициалы) _____ (подпись)
подтверждаю.

_____ / _____
(должность руководителя) (подпись) (фамилия, инициалы)

« ____ » _____ 20__ года

М.П.

Приложение 3.
Форма заявления о прекращении
действия сертификата ключа проверки
электронной подписи

Заявление о прекращении действия сертификата
ключа проверки электронной подписи

_____ (полное наименование медицинской организации)

в лице _____,

_____ (должность)

_____ (фамилия, имя, отчество)

действующего на основании _____,

просит прекратить действие сертификата ключа проверки электронной подписи,
содержащего следующие данные:

Серийный номер сертификата ключа проверки электронной подписи	
Наименование организации	
ИНН организации	
ОГРН организации	
Фамилия полномочного представителя, действующего от имени организации	
Имя и Отчество полномочного представителя	

Руководитель _____ / _____ / _____
(должность) (Ф.И.О. руководителя) (подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.