# Приложение 2

### Формы для регистрации в системе телемедицинских консультаций

##### Регистрационная форма для медицинской организации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ↓ **Заполняет пользователь**↓ | | | **Заполняет Администратор региональной ТМС** | |
| Полное наименование  медицинской организации |  | | Сокращенное наименование |  |
| Индекс, почтовый адрес |  | | Условный код |  |
| ФИО, моб. телефон технического специалиста, обслуживающего телемедицинский комплекс |  | |  | |
| Информация о главном враче | | | Данные для доступа в систему главного врача медицинской организации: | |
| ФИО | |  | **Адрес сервера региональной ТМС:** | |
| Ученая степень, звание, (если имеются) | |  |
| e-mail | |  |
| Телефон приемной с кодом города | |  | **Логин** |  |
| Тип системы ВКС и параметры вызова (IP-адрес, логин и пароль) | |  | **Пароль** |  |