# Приложение 2

### Формы для регистрации в системе телемедицинских консультаций

##### Регистрационная форма для медицинской организации

|  |  |
| --- | --- |
| ↓ **Заполняет пользователь**↓ | **Заполняет Администратор региональной ТМС** |
| Полное наименованиемедицинской 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** |  |