

شماره:
تاریخ تکمیل فرم:

بسمه تعالی

فرم دریافت توکن استعلام هویت مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

مشخصات متقاضی	
عنوان مرکز:	کدپستی ۱۰ رقمی مرکز:
استان:	
شهرستان:	شهر:
تلفن (با کد شهر):	
آدرس:	
مشخصات نماینده رسمی متقاضی	
شماره معرفینامه:	تاریخ معرفینامه:
نام:	نام خانوادگی:
Last Name:	First Name:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام پدر:	تاریخ تولد:
شماره ملی:	جنسیت:
<input type="text"/>	زن: <input type="checkbox"/> مرد: <input type="checkbox"/>
آدرس:	
پست الکترونیکی:	
تلفن ثابت (با کد شهر):	تلفن همراه:
مشخصات محصول نرم افزاری:	
نام محصول:	
شناسه یکتای محصول (SystemID):	
شماره ثبت محصول در شورای عالی انفورماتیک:	
مشخصات توکن سخت افزاری:	
مدل توکن:	
سریال توکن:	
تاریخ صدور توکن:	
تاریخ:	محل امضا:
صحت مندرجات فرم مورد تأیید می باشد و توکن سخت افزاری با مشخصات مذکور تحویل اینجانب گردید.	اثر انگشت:

الزامات اخذ توکن سخت افزاری استعمال هویت در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت:

۱. هرگونه دسترسی اشخاص حقیقی یا حقوقی ثالث به توکن مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت، به هر شکل و انگیزه‌ای، به جز برای صاحب توکن مجاز نبوده و تخلف می‌باشد.
۲. مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت مجاز به ذخیره اطلاعات دریافت شده از سامانه استعمال هویت به منظور استفاده عملیاتی در آینده، توسط خود و یا دیگران نمی‌باشد. در صورت اثبات این موضوع، ارتباط از سوی دانشگاه علوم پزشکی قطع می‌گردد.
۳. در صورت برون‌سپاری توسعه نرم‌افزار استعمال و بهره‌برداری از کیت توسعه نرم افزار توسط مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت، مرکز ملزم است از شرکت مجری تعهدنامه منع افشا اخذ نماید. همچنین شرکت طرف قرارداد، مجاز به ذخیره اطلاعات دریافت شده از سامانه استعمال هویت نمی‌باشد.
۴. در صورت آسیب فیزیکی و یا مفقود شدن توکن مرکز ارائه دهنده خدمات، مراتب باید در اسرع وقت به دانشگاه تابعه اعلام گردد.

تاریخ و امضا