



فرم دریافت توکن سخت افزاری 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 توکن سخت افزاری													
<input type="checkbox"/> درخواست تمدید توکن سخت افزاری													
<b>(۱) مشخصات مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت</b> (اطلاعات این بخش میبایست منطبق با اطلاعات سامانههای siam و pocsra وزارت بهداشت باشد)													
نوع مرکز:													
نام مرکز:													
شماره پروانه/شناسه سیام:													
نوع سامانه:													
نام سامانه:													
استان:													
شهر:													
شهرستان:													
آدرس:													
کد پستی ۱۰ رقمی:													
تلفن ثابت (با کد شهر):													
<b>(۲) مشخصات فردی متقاضی توکن</b>													
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):													
اینجانب ..... با اطلاع از "الزامات اخذ توکن سخت افزاری گواهی امضای دیجیتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخش ۶" صحت مندرجات فرم فوق را تایید نموده و درخواست توکن سخت افزاری حاوی گواهی امضای دیجیتال درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت را دارم.													
تاریخ:													
اثر انگشت:													
محل امضا:													
<b>(۳) تایید مسئول (صاحب امتیاز پروانه/مجوز) مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت</b> (این بخش توسط دارنده پروانه مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت یا وکیل رسمی وی تکمیل می گردد)													
اینجانب ..... به عنوان مسئول مرکز درج شده در بخش ۱ با اطلاع از "الزامات اخذ توکن سخت افزاری گواهی امضای دیجیتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" صحت مندرجات بخش ۱ و الزامات بخش ۶ فرم حاضر را تایید نموده و درخواست دریافت توکن سخت افزاری حاوی گواهی امضای دیجیتال درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت به نام متقاضی توکن با مشخصات بخش ۲ را دارم.													
تاریخ:													
اثر انگشت:													
محل مهر و امضا:													

<b>۴) مشخصات توکن</b> (این بخش توسط متصدی صدور تکمیل می‌گردد)	
نام کاربری:	سریال توکن:
<b>۵) تایید هویت صاحب گواهی با مدارک ارائه شده</b> (این بخش توسط متصدی صدور تکمیل می‌گردد)	
بدینوسیله تطابق هویت صاحب گواهی با مدارک ارائه شده، توسط اینجانب ..... به عنوان مسئول صدور گواهی تایید می‌گردد. تاریخ: مهر و امضا دفتر پیشخوان: ملاحظات:	
<b>۶) الزامات اخذ توکن سخت افزاری گواهی امضای دیجیتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</b>	
۱. هرگونه دسترسی اشخاص حقیقی یا حقوقی ثالث به گواهی توکن صادر شده به هر شکل و انگیزه‌ای، به غیر از صاحب توکن مجاز نبوده و تخلف می‌باشد. ۲. مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت موظف است از کارکنان خود که توکن را دریافت نموده‌اند و در فرآیند بکارگیری سامانه قرار می‌گیرند، تعهدنامه منع افشاء دریافت نماید. ۳. در صورت ابلاغ دستورالعمل‌های آتی وزارت بهداشت، تبعیت از موارد ابلاغی توسط مرکز الزامی می‌باشد. ۴. در صورت وقوع هر یک از موارد ذیل مالک گواهی توکن موظف است مراتب را در اسرع وقت به دفاتر پیشخوان اطلاع دهد: ۴-۱. تغییر سمت سازمانی یا جایگزینی پرسنلی که منجر به تغییر اطلاعات هویتی موجود در گواهی توکن گردد. ۴-۲. هرگونه آسیب فیزیکی و یا مفقود شدن توکن ۴-۳. قطع همکاری مالک توکن با مرکز مربوطه ۵. در صورت وقوع هر یک از شرایط زیر مرکز صدور می‌تواند گواهی توکن را ابطال نماید و متقاضی باید مراحل اخذ را مجدداً طی نماید: ۵-۱. در صورت عدم مراجعه جهت تمدید اعتبار گواهی توکن تا سررسید انقضای آن ۵-۲. توقف یا تغییر فعالیت مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت ۵-۳. استفاده از توکن در محلی خارج از مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت اعلام شده ۵-۴. درخواست ابطال از سوی مراجع قانونی ۵-۵. در صورت احراز استفاده غیر مجاز ۵-۶. هرگونه تغییر در اطلاعات درون توکن ۵-۷. درخواست ابطال توسط مسئول مرکز از طریق تکمیل فرم درخواست ۵-۸. در خطر افشاء یا سوء استفاده بودن کلید خصوصی صاحب امضا ۶. در صورت بروز تخلف از سوی مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت، مرکز صدور گواهی توکن مجاز به قطع یا ابطال کلیه توکن‌های صادر شده برای مرکز مذکور را دارا می‌باشد. ۷. مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت ملزم است از شرکت توسعه دهنده سامانه اطلاعاتی خود، تعهدنامه منع افشاء اخذ نماید. ۸. مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت متعهد می‌گردد یک ماه قبل از تاریخ انقضا توکن، نسبت به درخواست تمدید توکن اقدام نماید.	
نام و نام خانوادگی دریافت کننده گواهی توکن:	امضا و اثر انگشت:
تاریخ:	