



# Заявка на предоставление доступа к тестовому контуру СУЗ

Для инициации процесса регистрации на тестовом контуре СУЗ необходимо направить заявку на электронный адрес [support@crpt.ru](mailto:support@crpt.ru)

Письмо с заявкой должно содержать следующую тему: **Заявка на предоставление доступа к тестовому контуру СУЗ Фарма**

Заявка должна содержать следующие данные:

- ИНН/ИТИН: \_\_\_\_\_
- Наименование организации: \_\_\_\_\_
- Рег.номер в ФГИС МДЛП «Песочница» (указать при наличии ЛК ФГИС МДЛП «Песочница»): \_\_\_\_\_
- Тип участника: Интегратор / Участник (выделить одно)
- Тип доступа: для резидента РФ / для нерезидента РФ (выделить одно)
- Фамилия, имя, отчество (при наличии) контактного лица: \_\_\_\_\_
- Контактный телефон: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
- Контур: Тестовый контур СУЗ
- Перечислить производителей лекарственных препаратов, которых Вы представляете как Интегратор (только для типа участника: Интегратор): \_\_\_\_\_