



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر  
معاونت غذا و دارو

بِسْمِ اللَّهِ

تاریخ: ۱۳۹۹/۲/۳  
شماره: 99/31/7506  
پیوست: دارد

سال ۱۳۹۹ سال جهش تولید

حج

حج

رئیس محترم شبکه بهداشت و درمان .....

رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی ولی عصر (عج)

رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)

رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی رازی

رئیس محترم مرکز رادیو تراپی و انکولوژی ایرانمهر

رئیس محترم بیمارستان بوعلی

رئیس محترم بیمارستان شهید دکتر رحیمی

رئیس محترم بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میلاد (۳)

مسئول محترم داروخانه .....

موضوع: در خصوص دریافت توکن سخت افزاری از پیشخوان دولت (پیگیری دوم)

سلام علیکم

احتراماً؛ پیرو نامه شماره ۳۱/۶۵۳۷ مورخ ۹۹/۰۱/۳۱، به پیوست لیست مدارک مورد نیاز ثبت نام، فرم دریافت توکن سخت افزاری جهت اطلاع و اقدام به حضور ارسال می گردد.

ضمناً، دفتر پیشخوان دولت آقای یوسفی به شماره تلفن ۰۹۱۵۷۲۵۳۰۰۵ و آدرس: بیرجند - بیست متری دوم غربی مدرس - نبش نواب صفوی یک، جهت انجام مربوط به تحویل توکن سخت افزاری معرفی می گردد. همچنین کلیه اطلاعاتی های مربوط به پروژه نسخه نویسی و نسخه پیچی در پرتال معاونت به آدرس <http://fdo.bums.ac.ir> جهت بهره برداری لازم قرار می گیرد و در صورت بروز هر گونه ابهام به کارشناس فناوری اطلاعات این معاونت (خانم مهندس طوری) با شماره تلفن ۳۲۳۹۵۷۰۵ تماس حاصل فرمایید.

تاریخ: ۱۳۹۹/۲/۳  
شماره: 99/31/7506  
پیوست: دارد

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر  
معاونت غذا و دارو

حج

سال ۱۳۹۹ سال جهش تولید

حج

معاونت غذا و دارو  
پیوست: ندارد

**مدارک لازم برای صدور و تحویل توکن سخت افزاری سرویسهای درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات(دیتاس) برای مراکز  
ارائه خدمات سلامت عبارتند از:**

اصل / کپی پروانه معتبر مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت

اصل کارت ملی شخص متقاضی گواهی

فرم درخواست توکن سخت افزاری سرویسهای درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات(دیتاس) برای مراکز ارائه خدمات سلامت

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)	
نام مرکز:	نام مرکز:
نوع سامانه:	نوع سامانه:
استان:	شهر:
آدرس:	شهرستان:
کد پستی ۱۰ رقمی:	تلفن ثابت (با کد شهر):
<b>(۲) مشخصات فردی متقاضی توکن</b>	
نام خانوادگی:	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 می‌گردد)	
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:	

**۴) مشخصات توکن** (این بخش توسط متصدی صدور تکمیل می‌گردد)

نام کاربری:

سریال توکن:

**۵) تایید هویت صاحب گواهی با مدارک ارائه شده** (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.

مهر و امضا دفتر پیشخوان:

تاریخ:

ملاحظات:

**۶) الزامات اخذ توکن سخت افزاری گواهی امضای دیجیتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

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:



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:  
 درخواست اولیه صدور توکن سخت افزاری  
 درخواست تمدید توکن سخت افزاری

**(۱) مشخصات مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت** (اطلاعات این بخش می‌بایست منطبق با اطلاعات سامانه‌های SIAM و POCsra وزارت بهداشت باشد)

نام مرکز: داروخانه خصوصی نام مرکز: داروخانه تست  
 نوع سامانه: PI و سامانه اطلاعات داروخانه نام سامانه: سامانه تست  
 استان: استان محرق و قوق مرکز شهر: شهر محرق و قوق مرکز شهرستان: شهرستان محرق و قوق مرکز  
 آدرس: آدرس محرق و قوق مرکز  
 کد پستی ۱۰ رقمی: کد پستی محرق تلفن ثابت (با کد شهر): تلفن محرق

**(۲) مشخصات فردی متقاضی توکن**

نام خانوادگی: محمدی نام: علی  
 First Name: A L I  
 Last Name: M O H A M A D I

شماره ملی: ۰ ۰ ۴ ۳ ۶ ۷ ۱ ۵ ۰ ۲  
 نام پدر: حسین جنسیت:  مرد  زن تاریخ تولد: ۴۰ / ۱ / ۱  
 آدرس محل سکونت: آدرس محل سکونت صاحب گواهی (متقاضی)  
 کد پستی: کد پستی محل سکونت صاحب گواهی (متقاضی)  
 سمت سازمانی: مسئول کارخانه / مسئول فنی / رئیس الکترونیک A.Mohamadi@zest.ir  
 تلفن همراه: تلفن همراه صاحب گواهی (متقاضی) تلفن ثابت (با کد شهر): تلفن محل سکونت صاحب گواهی (متقاضی)

اینجانب علی محمدی 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: الزامی اثر انگشت: الزامی محل امضا: الزامی

**(۳) تایید مسئول (صاحب امتیاز پروانه/مجوز) مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت** (این بخش توسط دارنده پروانه مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت یا وکیل رسمی وی تکمیل می‌گردد)

اینجانب حسین محمدی 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: الزامی اثر انگشت: الزامی محل مهر و امضا: الزامی

۴) مشخصات توکن (این بخش توسط متصدی صدور تکمیل می گردد)

نام کاربری: نام کاربری در سامانه (موجود در سیستم توکن) سریال توکن: سریال توکن متناهی

۵) تایید هویت صاحب گواهی با مدارک ارائه شده (این بخش توسط متصدی صدور تکمیل می گردد)

بدینوسیله تطابق هویت صاحب گواهی با مدارک ارائه شده، توسط اینجانب ..... نام و نام خانوادگی مسئول ..... به عنوان مسئول صدور گواهی تایید می گردد.

مهر و امضا دفتر پیشخوان: الزامی

تاریخ: الزامی

ملاحظات:

۶) الزامات اخذ توکن سخت افزاری گواهی امضای دیجیتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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 می باشد.
۲. مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت موظف است از کارکنان خود که توکن را دریافت نموده‌اند و در فرآیند بکارگیری سامانه قرار می گیرند، تعهدنامه منع افشاء دریافت نماید.
۳. در صورت ابلاغ دستورالعمل‌های آتی وزارت بهداشت، تبعیت از موارد ابلاغی توسط مرکز الزامی می باشد.
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 می تواند گواهی توکن را ابطال نماید و متقاضی باید مراحل اخذ را مجددا 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 توکن های صادر شده برای مرکز مذکور را دارا می باشد.
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 می گردد یک ماه قبل از تاریخ انقضا توکن، نسبت به درخواست تمدید توکن اقدام نماید.

امضا و اثر انگشت: الزامی

نام و نام خانوادگی دریافت کننده گواهی توکن: الزامی

تاریخ: الزامی