

**Начальнику отдела инноваций и  
информационных технологий**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

---

(Полное наименование юридического лица)

**просит выдать сертификаты ключей ЭЦП стандарта следующему лицу:**

---

(фамилия, имя, отчество, должность владельца закрытого ключа ЭЦП)

**Срок действия сертификата - 12 месяцев**

**Юридический адрес** \_\_\_\_\_

**Другие данные (телефон, E-mail)** \_\_\_\_\_

Руководитель организации-заявителя

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_

М.П.

**Дата** \_\_\_\_\_