Директору

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ф.и.о.)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование тфомс)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, фамилия, имя,

 отчество)

 руководителя страховой

 медицинской организации

 (филиала))

 УВЕДОМЛЕНИЕ

 об осуществлении деятельности в сфере обязательного

 медицинского страхования

 Прошу включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской организации

 (филиала))

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в

сфере обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование субъекта РФ)

 Сведения о страховой медицинской организации для включения

 в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих

 деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 2 |  |
| Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 3 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 4 |  |
| КПП (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения) | 5 |  |
| Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения) | 6 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 7 |  |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ; | 8 |  |
| Фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 9 |  |
| Фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты | 10 |  |
| Сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи, дата окончания действия) | 11 |  |
| Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления | 12 |  |
| Сведения о возможности выполнения страховой медицинской организацией информационного сопровождения застрахованных лиц | 13 |  |

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заявления)