Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество

(при наличии))

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

(наименование территориального

фонда ОМС)

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

(должность, фамилия, имя,

отчество (при наличии)

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

Российской Федерации)

Сведения о страховой медицинской организации для включения

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Полное наименование филиала страховой медицинской организации (при наличии) | 2 |  |
| Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации | 3 |  |
| Адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации | 4 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) страховой медицинской организации (филиала) | 5 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 6 |  |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации | 7 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 8 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала, адрес электронной почты | 9 |  |
| Сведения о лицензии (номер, дата выдачи, дата окончания действия) | 10 |  |
| Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления | 11 |  |

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

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

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

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

(дата заявления)