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)

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) | 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) (дата)