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 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 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 6 |  |
| Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 7 |  |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно-правовой формы ([ОКОПФ](consultantplus://offline/ref=09BED55491FA771D70E678C9491E3A52BD2C64256B56C7EB6B5F256F7199F7F22CE159E32B0F67375AC6B73275L335F)) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 8 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 9 |  |
| Фамилия, 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)