Заявка

на подключение к государственной информационной системе обязательного медицинского страхования

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации |  |
| ИНН |  |
| КПП |  |
| ОГРН |  |
| Код организации в соответствии с реестром участников бюджетного процесса, а также юридических лиц, не являющихся участниками бюджетного процесса (При наличии) |  |
| Реестровый номер медицинской организации, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования |  |
| Должность |  |
| ФИО |  |
| СНИЛС |  |
| Контактный телефон |  |
| Адрес электронный почты |  |
|  |  |

Руководитель организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уполномоченное лицо |  |  |
| (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

М.П.

|  |
| --- |
|  |
| (число, месяц, год) |