Заявка
на подключение к государственной информационной системе обязательного медицинского страхования

|  |  |
| --- | --- |
| Наименовании 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 в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования |  |
| Должность | (Руководитель) |
| ФИО |  |
| СНИЛС |  |
| Контактный телефон |  | Доб.номер |  |
| Адрес электронной почты |  |

Руководитель организации/

Уполномоченное лицо

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)