**Заявление**

**на регистрацию/исключение**[[1]](#footnote-1) **участника информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников обязательного медицинского страхования на территории Московской области**

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

(наименование организации, включая организационно-правовую форму)

в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит с целью предоставления доступа к сервису обслуживания запросов страховой принадлежности ТФОМС МО https://[cs.mofoms.ru](mailto:reestrin@mofoms.ru) зарегистрировать/исключить4 участника информационного взаимодействия (далее – ИВ) со следующими регистрационными данными:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации |  |
| Код медицинской организации, присвоенный в реестре ТФОМС МО |  |
| Доверенный адрес электронной почты, планируемый к взаимодействию в рамках ИВ |  |
| ФИО участника ИВ |  |
| Должность участника ИВ |  |
| СНИЛС участника ИВ |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – 152-ФЗ), в целях организации информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников обязательного медицинского страхования на территории Московской области, даю согласие Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Московской области, юридический адрес 141313, Московская область, г.о. Сергиево-Посадский, г Сергиев Посад, ул. Симоненкова, д. 9, помещ. 25, на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, СНИЛС), то есть на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 152-ФЗ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Фамилия И.О.)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Должность руководителя организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Фамилия И.О.)

М.П. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

1. Выбрать нужное. [↑](#footnote-ref-1)