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 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)