*На официальном бланке*

Заявление

на участие в электронном взаимодействии посредством автоматизированной системы «БАРС. Здравоохранение-ТФОМС» **медицинской организации**, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Челябинской области на соответствующий год

*дата*

Настоящим заявлением *\_полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации* в лице *должность Ф.И.О,* действующего на основании *наименование, номер и дата документа,* подтверждает подписание Соглашения об информационном взаимодействии между участниками обязательного медицинского страхования посредством автоматизированной системы «БАРС. Здравоохранение-ТФОМС» № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее именуется – Соглашение) и выражает согласие на участие в информационном взаимодействии между участниками обязательного медицинского страхования посредством автоматизированной системы «БАРС. Здравоохранение-ТФОМС» в соответствии с Соглашением, размещенном на официальном сайте ТФОМС Челябинской области.

Участие медицинской организации в электронном взаимодействии прекращается в день ее исключения из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, либо в день прекращения действия Соглашения.

*Должность подпись Ф.И.О*