*На официальном бланке*

Заявление

на участие в информационном взаимодействии посредством автоматизированной системы «БАРС. Здравоохранение-ТФОМС» **страховой медицинской организации**, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Челябинской области на соответствующий год, включенной в реестр страховых медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области

*дата*

Настоящим заявлением *полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой 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 страховой медицинской организации в электронном взаимодействии прекращается в день исключения из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, либо в день прекращения действия Соглашения.

*Должность подпись Ф.И.О*