Заявление

на участие в электронном взаимодействии **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 участников обязательного медицинского страхования Челябинской области при направлении заключений по результатам медико-экономической экспертизы от 18.03.2025 № 21-ДС (далее именуется – Соглашение) и выражает согласие на участие в информационном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования в соответствии с Соглашением, размещенном на официальном сайте ТФОМС Челябинской области в целях получения от ТФОМС Челябинской области заключения(-ий) о результатах медико-экономической экспертизы в электронном виде на сетевой узел ViPNet *наименование сетевого узла*.

Участие в электронном взаимодействии прекращается в день 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*

*Место печати*