Заявление

на участие в информационном взаимодействии **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* выражает согласие на участие в информационном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования в соответствии с Соглашением об информационном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования Челябинской области при направлении заключений по результатам медико-экономического контроля № 1-ДС от 26.01.2023 (далее именуется – Соглашение), размещенном на официальном сайте ТФОМС Челябинской области, в целях получения от ТФОМС Челябинской области заключения(-ий) о результатах медико-экономического контроля в электронном виде на сетевой узел ViPNet *наименование сетевого узла*.

Участие 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*