|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **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 |  |
| ФИО |  |
| СНИЛС |  |
| Контактный телефон |  | Доб. номер |  |
| Адрес электронной почты |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель организации/Уполномоченное лицо организации | . |  |
|  | (подпись) | (расшифровка) |