Директору

ТФОМС Самарской области

В.Е. Романову

от

должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить

наименование страховой медицинской организации (филиала)

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Самарской области на (год участия).

Сведения о страховой медицинской организации для включения
в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации в соответствии с выпиской ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 2 |  |
| Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 3 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 4 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту нахождения | 5 |  |
| Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту нахождения ) | 6 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 7 |  |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 8 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 9 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты | 10 |  |
| Сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности – обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи, дата окончания действия) | 11 |  |
| Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления | 12 |  |
| Сведения о возможности выполнения страховой медицинской организацией информационного сопровождения застрахованных лиц | 13 |  |

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

М.П.

|  |
| --- |
|  |
| (дата заявления) |

Приложения:

1. Выписка из ЕГРЮЛ;
2. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
3. Лицензия на осуществление страхования по виду деятельности – обязательное медицинское страхование;
4. Для филиалов (представительств) доверенность на руководителя, положение о филиале (представительстве), свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения обособленного подразделения.
5. Письмо или уведомление Федеральной службы государственной статистики.