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 | (руководитель) |
| ФИО |  |
| СНИЛС |  |
| Контактный телефон |  | доб.номер |  |
| Адрес электронной почты |  |

|  |
| --- |
| **Полномочия** |
| **Направление заявки на регистрацию, изменение полномочий, прекращение доступа уполномоченных лиц участника системы** |
| Ввод данных | Просмотр | Согласование | Утверждение |
| *Добавить* | *Добавить* | *Добавить* | *Добавить* |

Руководитель организации/

Уполномоченное лицо организации

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

М.П.