Приложение №1

К письму Территориального фонда

обязательного медицинского страхования

Республики Тыва

от \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_

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 |  |
| Реестровый номер медицинской организации в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования  |  |
| Должность | (Руководитель) |
| ФИО |  |
| СНИЛС |  |
| Контактный телефон |  |
| Адрес электронной почты  |  |

Руководитель организации/

Уполномоченное лицо

организации

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)