Заявление

на участие в электронном взаимодействии **медицинской организации**, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Челябинской области на соответствующий год

*дата*

Настоящим заявлением *\_полное и сокращенное (при наличии) наименования 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 № 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 медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, либо в день прекращения действия Соглашения.

*Должность подпись Ф.И.О*