Приложение 1

к Соглашению об электронном взаимодействии

участников обязательного медицинского

страхования Челябинской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

на участие в электронном взаимодействии **страховой медицинской организации**, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Челябинской области на соответствующий год, включенной в реестр страховых медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области

*дата*

Настоящим заявлением страховая медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование страховой медицинской организации)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании (Устава, доверенности или иной документ, подтверждающий полномочия с указанием его реквизитов)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензии № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего лицензию)

выражает согласие на участие в электронном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования в соответствии с Соглашением об электронном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования Челябинской области размещенном на официальном сайте ТФОМС Челябинской области в целях заключения, изменения и прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Участие в электронном взаимодействии прекращается в день получения ТФОМС Челябинской области уведомления в письменной форме об отзыве настоящего Заявления либо в день исключения из реестра страховых медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

*Должность подпись Ф.И.О*