Приложение

к письму ГУ ТФОМС РК

от \_\_\_.05.2024 г. № 05-37/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель организации |  |
|  | (подпись) (расшифровка подписи) |

 М.П.