Приложение 39 к Регламенту информационного взаимодействия на 2026 год

от « 20 » января 2026 г.

Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

(наименование территориального фонда ОМС)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о страховой медицинской организации для включения в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования филиала (представительства) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 2 |  |
| Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 3 |  |
| Место нахождения и адрес ФИЛИАЛА (ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА) страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 4 |  |
| КПП (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения) | 5 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения) | 6 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 7 |  |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно правовой формы (ОКОПФ) | 8 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 9 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (предстовительства), адрес электронной почты | 10 |  |
| Сведения о лицензии на осуществление страхования по виду деятельности – обязательное медицинское страхование (номер, дата выдачи, дата окончания действия) | 11 |  |
| Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления | 12 |  |
| Сведения о возможности выполнения страховой медицинской организацией информационного сопровождения застрахованных лиц | 13 |  |

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

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

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

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

(дата заявления)