

Директору \_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда ОМС)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

от \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)  
руководителя страховой медицинской  
организации (филиала/представительства)

### УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования  
Санкт-Петербурга

Прошу включить \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала/представительства))

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность  
в сфере обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга

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	
Код причины постановки на учет (КПП) (для филиалов (представительств) в соответствии с уведомлением о постановке на учет российской организации в налоговом органе)	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	

Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)	7	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации и код организационно правовой формы (ОКОПФ) в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	8	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	9	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), 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	

Копии документов, подтверждающих сведения, указанные в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, прилагаются.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала / представительства)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(дата заявления)