

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

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

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

### УВЕДОМЛЕНИЕ

об исключении из реестра страховых медицинских организаций,  
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского  
страхования Санкт-Петербурга

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

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

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по причине \_\_\_\_\_

Руководитель страховой медицинской организации  
(филиала / представительства)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(дата заявления)