Приложение 2

к Соглашению об электронном взаимодействии

участников обязательного медицинского

страхования Челябинской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

на участие в электронном взаимодействии **медицинской организации**, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Челябинской области на соответствующий год

*дата*

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

 (наименование медицинской организации)

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

 (должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании **(**Устава, доверенности или иной документ, подтверждающий полномочия с указанием его реквизитов)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 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 медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

*Должность подпись Ф.И.О*