

Форма

УВЕДОМЛЕНИЕ

об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по
территориальной программе обязательного медицинского страхования

(наименование территориального фонда
обязательного медицинского страхования)

наименование медицинской организации)

Прошу исключить _____

(наименование медицинской организации)

из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере
обязательного медицинского страхования по территориальной программе
обязательного медицинского страхования на территории

(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации, исключаемой из реестра медицинских
организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского
страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования

Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями из Единого государственного реестра юридических лиц	1	
Идентификационный номер налогоплательщика медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе	2	
Код причины постановки на учет	3	

медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе		
Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	4	
Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм	5	
Код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности	6	
Медицинская организация по виду медицинской деятельности в соответствии с номенклатурой медицинских организаций	7	
Адрес места нахождения медицинской организации	8	
Адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации	9	
Причина исключения из реестра медицинских организаций	10	

Руководитель медицинской
организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

тел.

Исполнитель

(подпись)

(расшифровка подписи)

Тел.: _____

СОГЛАСОВАНО

Фамилия имя отчество (при наличии) уполномоченного лица
территориального фонда обязательного медицинского страхования

субъекта Российской Федерации

(наименование должности уполномоченного лица территориального
фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской
Федерации)

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.