[redacted]

**От:** site@tfomssk.ru
**Отправлено:** 30 октября 2020 г. 12:49
**Кому:** [redacted]
**Тема:** Заявление об обновлении данных в РС ЕРЗ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Директору Филиала
ООО «СК «Ингосстрах - М» в
г. Ставрополе
А.Ф. Лавриненко

[redacted]
ЕНП: [redacted]

Заявление

Прошу Вас актуализировать в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц Ставропольского края следующую информацию:

**Адрес фактического проживания:**

Регион: Район:
Город: [redacted] Населенный пункт:
Улица: [redacted] Дом: [redacted] Квартира: [redacted]

**Контактные данные:**

Мобильный телефон: [redacted]
Дополнительный телефон: [redacted]
Электронная почта: [redacted]

**Дата обращения: 30.10.2020 12:48:58**

**Обращение направлено из "Личного кабинета застрахованного лица" официального сайта ТФОМС СК**

WWW.ТФОМССК.РФ
ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА