**ЗАЯВКА**

**на подключение к государственной информационной системе обязательного медицинского страхования**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Субъект Российской Федерации |  | | |
| Наименование организации |  | | |
| Код организации в соответствии с реестром участников бюджетного процесса, а также юридических лиц, не являющихся участниками бюджетного процесса\* |  | | |
| Должность |  | | |
| ФИО |  | | |
| СНИЛС |  | | |
| Контактный телефон |  |  |  |
| Адрес электронной почты |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Полномочия** | | | | |
| **Направление заявки на регистрацию, изменение полномочий, прекращение доступа уполномоченных лиц участника системы** | | | | |
| Ввод данных | Просмотр | Согласование | Утверждение |  |
| *Добавить* | *Добавить* | *Добавить* | *Добавить* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации/  Уполномоченное лицо организации |  |  |  |
|  |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |

печать