**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