|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  К Регламенту взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кировской области, Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Кировской области при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке  ФОРМА |

Заявление о присоединении к Регламенту взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кировской

области, Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Кировской

области при осуществлении информационного сопровождения

застрахованных лиц при оказании им специализированной

медицинской помощи в плановом порядке

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации, включая организационно-правовую форму)

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

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

присоединяется к Регламенту взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кировской области, Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Кировской области при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

С Регламентом взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кировской области, Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Кировской области при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке ознакомлен и обязуюсь соблюдать все положения указанного документа.

Должность и Ф.И.О. руководителя организации

Подпись руководителя организации, дата подписания заявления

Печать организации