(заполняется на бланке организации)

Заявление

на регистрацию участника электронного юридически значимого документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Московской области

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

(наименование организации, включая организационно-правовую форму)

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

(должность)

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

(фамилия, имя, отчество)

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

просит в рамках Регламента организации электронного юридически значимого документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Московской области зарегистрировать участника электронного юридически значимого документооборота   
(далее – ЭДО) со следующими регистрационными данными:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации |  |
| Код организации в реестре ТФОМС МО |  |
| Доверенный адрес электронной почты, планируемый к взаимодействию в рамках ЭДО |  |
| ФИО участника ЭДО[[1]](#footnote-1) |  |
| Должность участника ЭДО |  |
| СНИЛС участника ЭДО |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – 152-ФЗ), в целях организации электронного юридически значимого документооборота между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Московской области, даю согласие Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Московской области, юридический адрес 143900, Московская область, г.  Балашиха, ул. Орджоникидзе, д.4, на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, СНИЛС), то есть на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 152-ФЗ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Фамилия И.О.)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Должность руководителя организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Фамилия И.О.)

М.П. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

1. В качестве участника электронного юридически значимого документооборота в рамках Регламента может выступать руководитель организации или уполномоченное им лицо. [↑](#footnote-ref-1)