(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 141313, Московская область, г.о. Сергиево-Посадский, г. Сергиев Посад, ул. Симоненкова, д. 9, помещ. 21, 22, 23, 25, 26, 27, 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)