Директору

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(наименование территориального фонда)

от

(должность, фамилия, имя, отчество руководителя страховой медицинской организации (филиала))

УВЕДОМЛЕНИЕ
об исключении из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского

|  |  |
| --- | --- |
| страхования |  |
|  | (наименование субъекта Российской Федерации) |

Прошу исключить

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

(наименование субъекта Российской Федерации)

с

(число, месяц, год)

по причине

 .

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

М.П.

|  |
| --- |
|  |
| (дата заявления) |