

**Свидетельство о регистрации страхователя
в территориальном фонде обязательного медицинского
страхования при обязательном медицинском страховании**

Настоящим подтверждается, что в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" на основании представленных

СВЕДЕНИЙ ИЗ ЕГРЮЛ

(наименование документов, сведения из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

4 марта 2008 г.

(дата представления документов, получения сведений из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

заявитель **ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ РАБОТОДАТЕЛЕЙ "ОРГАНИЗАЦИЯ**

(наименование / фамилия, имя, отчество)

МОСКОВСКОЙ КОНФЕДЕРАЦИИ ПРОМЫШ.И ПРЕДПРИН.САО Г.МОСКВЫ

ИНН **7713386590**

КПП **771301001**

ОГРН **1087799002136**

Место нахождения (место жительства) **125412, МОСКВА, ЛОБНЕНСКАЯ УЛ., Д.21**

Место нахождения обособленного подразделения _____

(заполняется при наличии обособленного подразделения)

зарегистрирован в качестве страхователя в **МОСКОВСКОМ ГОРОДСКОМ ФОНДЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

Регистрационный номер страхователя :

4	5	2	1	3	0	8	0	0	0	2	1	1	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Дата регистрации : **4 марта 2008 г.**

Наименование и адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществившего регистрацию страхователя _____

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

117152, МОСКВА, ЗАГОРОДНОЕ ШОССЕ, Д.18А

Контактный телефон территориального фонда обязательного медицинского страхования
681-26-13, 688-18-83

Регистрацию страхователя осуществил : _____

ВЕДУЩИЙ СПЕЦИАЛИСТ УСТИНОВА ВАЛЕНТИНА ФЕДОРОВНА

(должность, фамилия, имя, отчество работника территориального фонда обязательного медицинского страхования)

4 марта 2008 г.

(подпись)

Печать территориального фонда
обязательного медицинского страхования,
осуществившего регистрацию страхователя