Директору территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

О.М. Ефимовой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(должность, фамилия, имя, отчество директора межрайонного филиала ТФОМС Владимирской области)*

**СПРАВКА**

**о наличии документов**

Настоящей справкой уведомляю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование и реестровый номер медицинской организации)*

представлены в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ межрайонный филиал ТФОМС Владимирской области приложения к строкам 10-14 Уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на 2019 год:

в электронном виде:

330\_\_\_\_uv001.xlsx,

330\_\_\_\_uv002.xlsx,

330\_\_\_\_uv003.xlsx;

на бумажном носителе: на \_\_\_ л. в 1 экз.

Представленные данные соответствуют сведениям, предусмотренным п.92 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н, и письмом территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №03-\_\_\_\_\_\_\_, подписаны руководителем и заверены печатью медицинской организации.

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

межрайонного филиала

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

 *(подпись) (расшифровка подписи)*