

(форма)

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 года № 1499-1 "О медицинском страховании
граждан в Российской Федерации" на основании представленных

сведений из ЕГРЮЛ/ЕГРИП

(наименование документов, сведения из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

16.09.2005

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

заявитель Государственное учреждение "Центр социальной помощи семье и детям
Борского района"

(наименование/ фамилия, имя, отчество)

ИНН 5246002230

КПП 524601001

ОГРН 1025201529341

Место нахождения (место жительства)

606440 обл. Нижегородская обл, район Борский р-н, г. Бор г, ул.Первомайская ул
дом(владение):11а

Место нахождения обособленного подразделения

(заполняется при наличии обособленного подразделения)

зарегистрирован в качестве страхователя в Территориальном фонде
обязательного медицинского страхования Нижегородской области

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

Регистрационный номер страхователя:

2 2 4 0 1 0 5 0 0 3 6 8 7 3 2

Дата регистрации: 16.09.2005

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

Представитель ТФ ОМС Нижегородской области в Борском районе 606440
г.Бор ул.Ленина д.172

Контактный телефон территориального фонда обязательного медицинского
страхования (259) 9-01-63, 9-05-91

Регистрацию страхователя осуществил

Ведущий специалист ЭВМ Казакова Альбина Ивановна

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

" 03 " _____ 03 _____ 2006 г.

(подпись)

Печать территориального фонда
обязательного медицинского страхования,
осуществившего регистрацию страхователя