

**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)

31 марта 2008 г.

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

заявитель **Благотворительный фонд "Дорога вместе"**

(наименование / фамилия, имя, отчество)

ИНН **7714320922** КПП **771401001** ОГРН **1087799002510**

Место нахождения (место жительства) **125040, МОСКВА Г, НИЖНЯЯ ул., Д.14.СТР.1.ОФИС5**

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	4	0	8	0	0	4	4	8	2	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Дата регистрации : **31 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
681-35-64

Регистрацию страхователя осуществил :

Главный специалист **Гинякова Татьяна Гавриловна**

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

15 января 2010 г.

(подпись)

Печать территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществившего регистрацию страхователя

