

**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. N1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" на основании представленных

сведений из ЕГРЮЛ

(наименование документов, сведения из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

"10" июля 2009 г.

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

Заявитель

ТСЖ "Калиновец"

(наименование/фамилия, имя, отчество)

ИНН **6162017182**

КПП **616201001**

ОГРН **1026103050060**

Место нахождения (место жительства)

344090, Ростовская обл, Ростов-на-Дону г, Калинина

ул, дом 32а,

Место нахождения обособленного подразделения

(Заполняется при наличии обособленного подразделения)

Зарегистрирован в качестве страхователя в

Ростовском областном

фонде обязательного медицинского страхования

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

Регистрационный номер страхователя:

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

Дата регистрации: **"02" февраля 2006 г.**

Наименование и адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществившего регистрацию страхователя **Ростовский областной фонд обязательного медицинского страхования**

344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова 81 (e-mail: rofoms@aaanet.ru)

Контактный телефон территориального фонда обязательного медицинского страхования **240-45 57**

Регистрацию страхователя осуществил **территориальный филиал №1 РОФОМС**

Директор филиала Шереметьев С.Д.

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

"12" апреля 2010 г.

