|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (наименование фонда обязательного медицинского страхования) |
|  | от |  |
|  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) |

Заявление

Прошу рассмотреть мою кандидатуру для включения в

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

(указывается единый реестр экспертов качества медицинской помощи или территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи с указанием субъекта Российской Федерации)

по специальности(ям)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указывается наименование специальности в соответствии с номенклатурой специальностей)

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Приложения: |  |
|  | (приводится перечень документов в соответствии с [пунктом 17](l%20Par361%20%20) порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи с указанием количества страниц) |
|  | Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |