

**Публичная оферта**  
**о заключении агентского договора по приему заявлений от физических лиц о выборе (замене)**  
**страховой медицинской организации**

1. Настоящая публичная оферта в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации является официальным предложением бюджетного учреждения Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области» (далее – МФЦ) заключить агентский договор по приему заявлений от физических лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации (Приложении № 2 к настоящей оферте).
2. Агентский договор заключается на платной основе.
3. Оферта вступает в силу со дня, следующего за днем размещения её на Официальном сайте МФЦ (мфц-омск.рф).
4. МФЦ вправе отменить Оферту в любое время без объяснения причин.
5. Акцептовать Оферту (отозваться на Оферту) вправе юридическое лицо, имеющее соответствующие разрешения и лицензии в сфере медицинского страхования (далее – Заинтересованное лицо).
6. Акцепт настоящей публичной оферты осуществляется путем направления Заинтересованным лицом ответа на публичную оферту (акцепта) (Приложение № 1 к настоящей оферте) с приложением подписанного и скрепленного печатью агентского договора (Приложение № 2 к настоящей оферте), заверенных копий учредительных документов и документов, подтверждающих право оказывать услуги медицинского страхования.
7. Условия договора, предлагаемого к заключению, установлены в Приложении № 2 (агентский договор) к настоящей оферте и являются обязательными для Заинтересованного лица.
8. Место фактического исполнения агентского договора – офисы МФЦ, указанные в агентском договоре (Приложение № 2 к настоящей оферте).
9. МФЦ оставляет за собой право внести изменения в условия настоящей оферты в любой момент по своему усмотрению, что отражается на сайте МФЦ. Изменения, внесенные МФЦ в Оферту, вступают в силу после их размещения на сайте МФЦ, если иной срок вступления изменений в силу не определен дополнительно при таком размещении.

ОТВЕТ НА ПУБЛИЧНУЮ ОФЕРТУ

о заключении агентского договора на оказание услуг по приему заявлений от физических лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

1. Сведения об организации:

- Полное наименование организации (на основании учредительных документов);
- Сокращенное наименование организации (на основании учредительных документов);
- Место нахождения/почтовый адрес;
- Контактные телефоны;
- Контактные лица;
- Факс (при наличии);
- Адрес электронной почты (при наличии).

2. Изучив публичную оферту о заключении агентского договора на оказание услуги по приему заявлений от физических лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации с бюджетным учреждением Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области»

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

в лице, руководителя Кузнецовой Нины Николаевны

\_\_\_\_\_ (должность руководителя, Ф.И.О.)

настоящим ответом подтверждает полное и безоговорочное согласие с условиями публичной оферты, опубликованной на официальном сайте бюджетного учреждения Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области» (мфц-омск.рф), и готовность к заключению агентского договора на оказание услуги по приему заявлений от физических лиц о выборе (замене) страховой медицинской организации.

\_\_\_\_\_ Должность

\_\_\_\_\_ Подпись

/ \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О.

М.П.

\_\_\_\_\_ Дата

## Агентский договор № \_\_\_\_\_

г. Калачинск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

Бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области», в лице руководителя Кузнецовой Нины Николаевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Агент», с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Принципал» в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

1.1. В целях соблюдения государственных гарантий и прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц (далее – ОМС) и в соответствии с настоящим Договором Агент обязуется совершать от имени и за счет Принципала действия, связанные с организацией предоставления на базе подразделений Агента следующих услуг (далее – Услуги):

- информирование и консультирование заявителей по вопросам предоставления Услуг;
- прием и обработка заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации (далее – СМО) и заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц (далее – ЕРЗЛ);
- прием и обработка заявлений о переоформлении полиса ОМС в случаях: изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе ОМС, а также при необходимости продления действия полиса иностранным гражданам, при сохранении у них права на ОМС в случае продления срока действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий;
- прием и обработка запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС;
- выдача (по запросу застрахованного лица или его представителя) полиса ОМС на бумажном носителе в форме выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, содержащей в том числе штриховой код (графическую информацию в кодированном виде);

1.2. Оформление заявлений о выборе (замене) СМО (Приложение №1 к настоящему Договору), заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц (Приложение №2 к настоящему Договору), заявлений о переоформлении полиса ОМС (Приложение №3 к настоящему Договору), запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС (Приложение №4 к настоящему Договору) осуществляется Агентом при предъявлении Заявителем лично или через законного представителя или представителя по доверенности оформленной в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно Приложениям №5.1, 5.2, 5.3 к настоящему Договору, оригиналов документов или их заверенных копий, согласно Приложению №6 к настоящему Договору.

1.3. Все действия, указанные в п. 1.1. настоящего Договора Стороны осуществляют с соблюдением требований: Федерального закона от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н» (далее – Правила ОМС), Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2012 №1376 «Об утверждении Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг», настоящего Договора и приложений к нему.

## 2. Обязанности Сторон

### 2.1. Термины и определения:

- полис ОМС представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах;
- Заявитель (застрахованное лицо) – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Специалист Агента – работник МФЦ, уполномоченный Агентом на предоставление Услуг в рамках Договора.

### 2.2. Обязанности Принципала:

2.2.1. Предоставлять Агенту для реализации Услуг всю необходимую нормативную документацию, проводить необходимые разъяснения и оказывать методическую помощь в части организации ОМС, предоставлять информационные материалы для Заявителей.

2.2.2. Консультировать Агента по вопросам, касающимся оказания Услуг, по телефону: \_\_\_\_\_ или посредством электронной почты: \_\_\_\_\_.

2.2.3. Информировать Заявителя о факте страхования в СМО и возможности получения выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, содержащей в т.ч. штриховой код.

2.2.4. Оплачивать услуги Агента в размере, в порядке и на условиях, установленных разделом 3 настоящего Договора.

2.2.5. Обеспечить со своей Стороны наличие и бесперебойное функционирование защищенного информационного ресурса \_\_\_\_\_, либо узла \_\_\_\_\_ в ViPNet-сети № \_\_\_\_\_.

### 2.3. Обязанности Агента:

2.3.1. Обеспечить в течение действия настоящего Договора прием и обработку заявлений о выборе (замене) СМО, заявлений о включении в ЕРЗЛ, а также заявлений о переоформлении полиса ОМС, запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, выдачу выписок из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, соблюдая порядок, установленный действующим законодательством РФ.

2.3.2. Производить идентификацию заявителя, проверку оригинальности документов заявителя, соответствие документов заявителя перечню документов и требований, необходимых для оформления полиса ОМС в соответствии с Приложением №6 к настоящему Договору.

2.3.3. Обеспечить Специалисту Агента прохождение обучения порядку оказания Услуг, изучение предоставленных Принципалом нормативных документов.

2.3.4. Соблюдать конфиденциальность сведений о застрахованных лицах, в том числе о количестве застрахованных граждан, о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни застрахованных лиц, и иные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации по защите персональных данных.

2.3.5. Ежемесячно направлять на подписание и оплату Принципалу Отчет об оказании услуг (Приложение №7 к настоящему Договору) и Акт приема-сдачи услуг (Приложение №8 к настоящему Договору) на последнее число отчетного месяца не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, по ЭДО (СБИС) или курьером, связываться с уполномоченным лицом Принципала по телефону: \_\_\_\_\_.

2.3.6. По возникающим вопросам, связанным с исполнением Услуг, связываться с уполномоченным лицом Принципала по телефону: \_\_\_\_\_ или посредством электронной почты: \_\_\_\_\_.

2.3.7. При обращении Заявителя по вопросу выбора (замены) СМО и о включении в единый регистр застрахованных лиц, переоформления полиса ОМС, получения выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, а также получения ранее заказанного полиса ОМС:

- выяснять повод обращения Заявителя, осуществлять проверку документов, необходимых для оказания Услуг;

- заполнять в программном продукте Принципала, либо направлять Принципалу скан-образы документов Заявителей в электронном виде с использованием защищенного информационного ресурса \_\_\_\_\_, распечатывать и передавать на подпись Заявителю заявления;

- консультировать Заявителя по возникшим вопросам, связанным с ОМС;

- осуществлять выдачу Заявителю (по запросу) выписку из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС;

2.3.8. Специалист Агента при обращении Заявителя за консультацией обязан осуществлять:

- консультирование по документам, необходимым для оформления полиса ОМС;

- ознакомление с правами и обязанностями в системе ОМС.

### 2.4. Для реализации настоящего Договора Стороны совместно обязуются:

- 2.4.1. Содействовать друг другу в создании условий для повышения спроса на оказываемые услуги, улучшения качества обслуживания клиентов.
- 2.4.2. Предоставлять друг другу помощь, оказывать взаимные услуги на взаимовыгодной основе.
- 2.4.3. Обмениваться имеющейся в распоряжении сторон информацией, необходимой для исполнения обязательств по данному Договору, проводить совместные консультации.
- 2.4.4. Оказывать друг другу необходимую организационную, информационную и консультационную помощь.
- 2.4.5. Своевременно рассматривать представленные для согласования программы взаимодействия и иные документы в рамках настоящего Договора.
- 2.4.6. Обеспечивать защиту информации, под которой подразумеваются любые данные, представляемые каждой из Сторон друг другу в соответствии с настоящим Договором, ее конфиденциальность, соблюдение коммерческой тайны.
- 2.4.7. Использовать полученную по настоящему Договору информацию в строгом соответствии с его целями.

### **3. Стоимость работ и порядок оплаты**

- 3.1. Расчет стоимости оказанных Агентом Услуг осуществляется Принципалом исходя из количества эффективных контактов, в соответствии с установленной настоящим Договором стоимостью одного эффективного контакта.
- 3.2. Эффективный контакт в настоящем Договоре определяется как факт обращения гражданина, подавшего лично или через представителя (законного или по доверенности) в адрес Принципала заявление о выборе (замене) СМО, заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявление о переоформлении полиса ОМС, запрос на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС и предоставившего контактный номер телефона застрахованного лица (или его представителя) и адреса электронной почты (при наличии).
- 3.3.1. Стоимость оплаты Агенту за один эффективный контакт ранее незастрахованного на территории Омской области гражданина, обратившегося:
- с заявлением о выборе (замене) СМО и заявлением о включении в ЕРЗЛ,
  - с заявлением о выборе (замене) СМО в связи со сменой места жительства,
  - с заявлением о выборе (замене) СМО и заявлением о переоформлении полиса ОМС (для иностранных граждан),
- составляет 200 (Двести) руб. 00 копеек, включая НДС.
- 3.3.2. Стоимость оплаты Агенту за один эффективный контакт ранее застрахованного у Принципала лица:
- владельца полиса ОМС «старого» образца,
  - обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС в случаях: изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе ОМС,
- составляет 100 (Сто) руб. 00 копеек, включая НДС.
- 3.3.3. Стоимость оплаты Агенту за один эффективный контакт ранее застрахованного у Принципала лица, обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, составляет 60 (Шестьдесят) руб. 00 копеек, включая НДС.
- Стоимость может быть изменена по соглашению Сторон и оформлена дополнительным соглашением к договору.
- 3.4. Размер оплаты выполненных работ рассчитывается на основании представленных и подписанных Сторонами Актов приема-сдачи услуг согласно Приложению №8 к настоящему Договору.
- 3.5. Оплата выполненных работ производится в течение 5 банковских дней после подписания Сторонами Отчетов об оказании услуг и Актов приема-сдачи услуг на основании выставленных счетов в безналичной форме путем перечисления соответствующих сумм на расчетный счет Агента.
- 3.6. В платежном поручении в назначении платежа в начале строки обязательно указание текста «Прочие доходы от оказания платных услуг (работ) согласно договора №... от...»

### **4. Порядок обмена информацией**

- 4.1. Для реализации своих прав и исполнения обязанностей по настоящему договору Стороны договорились установить одним из следующих способов обмена информацией:

- электронная связь по защищенному каналу: Агент – ViPNet-сети № 1335, Принципал – ViPNet-сети № \_\_\_\_\_;
- защищенный информационный ресурс \_\_\_\_\_;
- передача документов силами Принципала по описи лично в руки.

## **5. Срок действия**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до \_\_\_\_\_ г. (включительно).

Настоящий договор может быть продлен по соглашению Сторон путем составления и подписания Сторонами Дополнительного соглашения к нему.

5.2. Расторжение настоящего Договора до истечения срока его действия возможно по соглашению Сторон, с письменным уведомлением другой Стороны не менее чем за 1 (один) месяц до предполагаемой даты расторжения.

5.3. Расторжение Договора не освобождает Стороны от исполнения взаимных обязательств и произведения расчетов по основаниям, возникшим из настоящего Договора и Приложений к нему.

5.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются в письменной форме и вступают в силу с момента подписания обеими Сторонами.

## **6. Антикоррупционная оговорка**

6.1. При исполнении своих обязательств по Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств, подарков, ценностей и безвозмездного выполнения в их адрес работ (услуг), прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.

При исполнении своих обязательств по Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимыми для целей Договора законодательством как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

6.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений п.6.1. настоящего Договора, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений п.6.1. настоящего Договора контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками, выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

6.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в п.6.1. настоящего Договора действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор, в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

## **7. Ответственность Сторон**

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение было вызвано наступлением обязательств непреодолимой силы.

## 8. Прочие условия

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

8.2. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по настоящему Договору, решаются путем переговоров.

8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.4. Стороны в течение 3 (трех) рабочих дней обязаны уведомлять друг друга в письменной форме об изменениях, в т.ч. своих реквизитов.

8.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

8.6. Следующие приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:

Приложение №1 – Форма Заявления о выборе (замене) СМО

Приложение №2 – Форма Заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц

Приложение №3 – Форма Заявления о переоформлении полиса ОМС

Приложение №4 – Форма Запроса на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС

Приложение №5.1,5.2,5.3 – Формы доверенностей

Приложение №6 – Перечень документов, необходимых для оформления полиса ОМС

Приложение №7 – Отчет об оказании услуг

Приложение №8 – Акт приема-сдачи услуг

Приложение №9 – Договор поручения на обработку персональных данных третьим лицом

Приложение №10 – Соглашение о конфиденциальной информации

## 9. Реквизиты и подписи сторон

### Принципал

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_

ОГРН: \_\_\_\_\_

ИНН/КПП: \_\_\_\_\_

Платежные реквизиты:

р/с: \_\_\_\_\_

к/с: \_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_

ОКТМО: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

Директор

\_\_\_\_\_/ И.О. Фамилия

М.П.

### Агент

**БУ «МФЦ Калачинского района Омской области»**

Почтовый и фактический адрес: 644900, Омская обл., г. Калачинск, ул. Ленина, д.49

ОГРН: 1105543037687

ИНН/КПП: 5515200232/551501001

Л/с 015.23.096.8 в Министерстве финансов Омской области, ЕКС 03224643520000005201

р/с 03224643520000005201

ОКЦ № 6 СибГУ Банка России//УФК по Омской области г. Омск

БИК: 015209001

ОКТМО: 52618101001

Телефон: (38155) 2-20-57

Эл. почта: kalachin\_csv@mintrud.omskportal.ru

Руководитель

\_\_\_\_\_/ Н.Н.Кузнецова

М.П.



- 1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>7</sup>:
- а) вид документа \_\_\_\_\_
- б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_
- г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_
- 1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)
- 1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:  
№ \_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
Наименование организации, город \_\_\_\_\_
- 1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:  
а) серия \_\_\_\_\_ б) номер \_\_\_\_\_
- 1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: \_\_\_\_\_
- 1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_
- 1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_
- 1.21 Контактная информация:
- 1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
- 1.21.2 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_
- 1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:
- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | SMS-информирование;  | <input type="checkbox"/> | Почтовая рассылка;                           |
| <input type="checkbox"/> | Электронная почта;   | <input type="checkbox"/> | Телефонный обзвон;                           |
| <input type="checkbox"/> | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); | <input type="checkbox"/> | Иные способы информирования (указать): _____ |

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>8</sup>

- 2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.4\* Пол: муж.  жен.  2.5\* Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(нужно отметить знаком «V») (число, месяц, год)
- 2.6\* Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)
- 2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужно отметить знаком «V»):  Мать  Опекун  Усыновитель  
 Отец  Попечитель
- 2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_
- 2.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 2.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_
- 2.11\* Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:  
Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_
- 2.12\* Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_
- 2.13\* Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_
- 2.14\* Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>9</sup>:
- а) почтовый индекс \_\_\_\_\_ б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
- лицо без определенного места жительства<sup>10</sup>
- 2.15\* Адрес места пребывания<sup>11</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):
- а) почтовый индекс \_\_\_\_\_ б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- 2.16 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
- 2.17 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

## 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

- Согласен (согласна) на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)<sup>13</sup> и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup>(расшифровка подписи)

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в подпунктах 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>8</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Отказаться от информирования страховой компанией «СОГАЗ-Мед» Вы можете на сайте [www.sogaz-med.ru](http://www.sogaz-med.ru) в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра 8-800-100-07-02.

<sup>14</sup> Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования.

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о включении в единый регистр застрахованных лиц

Прошу включить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в регистр застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию выдать мне (гражданину, представителем которого являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости):

выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц.

### УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

#### 3. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ 1.4 Пол: муж.  жен.   
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком «V»)

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- |  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации;</p> <p><input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</p> <p><input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</p> <p><input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства;</p> <p><input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;</p> <p><input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации;</p> <p><input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</p> <p><input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</p> | <p><input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства;</p> <p><input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;</p> <p><input type="checkbox"/> 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС;</p> <p><input type="checkbox"/> 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);</p> <p><input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии;</p> <p><input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.</p> <p><input type="checkbox"/> 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;</p> <p><input type="checkbox"/> 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.</p> |
|--|--|

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_ 1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_

1.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_

1.11 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>4</sup>:

- а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_  
к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определённого места жительства<sup>5</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>6</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

- а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>7</sup>:

- а) вид документа \_\_\_\_\_  
б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_  
г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:  
№ \_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
Наименование организации, город \_\_\_\_\_

1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:  
а) серия \_\_\_\_\_ б) номер \_\_\_\_\_

1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: \_\_\_\_\_

1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.21.2 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

<input type="checkbox"/> SMS-информирование;	<input type="checkbox"/> Почтовая рассылка;
<input type="checkbox"/> Электронная почта;	<input type="checkbox"/> Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/> Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/> Иные способы информирования (указать): _____

#### 4. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>8</sup>

2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4 Пол: муж.  жен.  2.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужно отметить знаком "V"):  Мать  Опекун  Усыновитель  
 Отец  Попечитель  По доверенности

2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_

2.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 2.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_

2.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:  
Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

2.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

2.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

2.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>9</sup>:

а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определенного места жительства<sup>10</sup>

2.15 Адрес места пребывания<sup>11</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.) (республика, край, область, округ)

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

2.16 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

2.17 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

#### 4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)<sup>13</sup> и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>8</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Отказаться от информирования страховой компанией «СОГАЗ-Мед» Вы можете на сайте [www.sogaz-med.ru](http://www.sogaz-med.ru) в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра 8-800-100-07-02.

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования**

Прошу переоформить мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) полис обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V») и выдать мне полис ОМС:

в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;

**в связи с (нужное отметить знаком «V»):**

- 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения;
- 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- 3) окончанием срока действия полиса <sup>14</sup>.

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>15</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>16</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации;</li> <li><input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</li> <li><input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</li> <li><input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства;</li> <li><input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;</li> <li><input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации;</li> <li><input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</li> <li><input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства;</li> <li><input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;</li> <li><input type="checkbox"/> 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС;</li> <li><input type="checkbox"/> 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);</li> <li><input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии;</li> <li><input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации;</li> <li><input type="checkbox"/> 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;</li> <li><input type="checkbox"/> 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.</li> </ul> |
|---|---|

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом<sup>17</sup> \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.5 Пол: муж.  жен.  1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(нужное отметить знаком «V») (число, месяц, год)

1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

1.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
 Кем выдан \_\_\_\_\_

1.11 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства, лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>18</sup>:

а) почтовый индекс _____	б) субъект Российской Федерации _____ <small>(республика, край, область, округ)</small>
в) район _____	г) город _____
д) населенный пункт _____ <small>(село, поселок и т.п.)</small>	е) улица _____ <small>(проспект, переулок и т.п.)</small>
ж) № дома (владения) _____	з) корпус (строение) _____
и) квартира (ком.) _____	

лицо без определённого места жительства<sup>19</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>20</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс _____	б) субъект Российской Федерации _____ <small>(республика, край, область, округ)</small>
в) район _____	г) город _____
д) населенный пункт _____ <small>(село, поселок и т.п.)</small>	е) улица _____ <small>(проспект, переулок и т.п.)</small>
ж) № дома (владение) _____	з) корпус (строение) _____
и) квартира (ком.) _____	

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>21</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_  
 б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_  
 г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – членом ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:  
 № \_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 Наименование организации, город \_\_\_\_\_

- 1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:  
 а) серия \_\_\_\_\_ б) номер \_\_\_\_\_
- 1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование \_\_\_\_\_
- 1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания \_\_\_\_\_

- с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_
- 1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_
- 1.21 Контактная информация:
- 1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
- 1.21.2 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_
- 1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:
- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | SMS-информирование;  | <input type="checkbox"/> | Почтовая рассылка;                           |
| <input type="checkbox"/> | Электронная почта;   | <input type="checkbox"/> | Телефонный обзвон;                           |
| <input type="checkbox"/> | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); | <input type="checkbox"/> | Иные способы информирования (указать): _____ |

**2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных<sup>22</sup>**

- 2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.4 Пол: муж.  жен.  2.5 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 (нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

**3. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>23</sup>**

- 3.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 3.2 Имя \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.4 Пол: муж.  жен.  3.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 (нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)
- 3.6 Гражданство: \_\_\_\_\_  
 (название государства; лицо без гражданства)
- 3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):
- |                          |      |                          |            |                          |                 |
|--------------------------|------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Мать | <input type="checkbox"/> | Опекун     | <input type="checkbox"/> | Усыновитель     |
| <input type="checkbox"/> | Отец | <input type="checkbox"/> | Попечитель | <input type="checkbox"/> | По доверенности |
- 3.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_
- 3.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 3.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)  
 Кем выдан \_\_\_\_\_

- 3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:  
 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)
- 3.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_
- 3.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_
- 3.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>24</sup>:
- а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 (республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ (село, поселок и т.п.) е) улица \_\_\_\_\_ (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
- лицо без определённого места жительства<sup>25</sup>

- 3.15 Адрес места пребывания<sup>26</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):
- а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 (республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ (село, поселок и т.п.) е) улица \_\_\_\_\_ (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- 3.16 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
- 3.17 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

\_\_\_\_\_  
 (подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>27</sup> \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)<sup>28</sup> и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

\_\_\_\_\_  
 (подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>24</sup> \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАПРОС**  
**на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц**  
**сведений о полисе обязательного медицинского страхования**

Прошу предоставить выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
1.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
1.3 Отчество (при наличии) <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
1.4 Пол: муж.  жен.  (нужно отметить знаком "V") 1.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)  
1.6 Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
1.7 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_  
1.8 Серия \_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_ 1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)  
1.11 Кем выдан \_\_\_\_\_  
1.12 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)  
1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_  
1.14 Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ 1.15 Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_  
1.16 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: \_\_\_\_\_  
1.17 Адрес места пребывания<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>3</sup>**

2.1 Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
2.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)  
2.4 Дата рождения: \_\_\_\_\_ 2.5 Гражданство \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)  
2.6 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_  
2.7 Серия \_\_\_\_\_ 2.8 Номер \_\_\_\_\_ 2.9 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)  
Кем выдан: \_\_\_\_\_  
2.10 Реквизиты доверенности: № \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)  
2.11 Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ 2.12 Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
М.П.

<sup>1</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>2</sup> Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства.

<sup>3</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>4</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>8</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

---

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Отказаться от информирования страховой компанией «СОГАЗ-Мед» Вы можете на сайте [www.sogaz-med.ru](http://www.sogaz-med.ru) в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра 8-800-100-07-02.

<sup>14</sup> Для лиц, указанных в пунктах 38-42 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>15</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>16</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>17</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>18</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>19</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>20</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>21</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>22</sup> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

<sup>23</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>24</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>25</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>26</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<sup>27</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>28</sup> Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией \_\_\_\_\_ Вы можете на сайте \_\_\_\_\_ в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра \_\_\_\_\_

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. \_\_\_\_\_

(указывается город)

(число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, \_\_\_\_\_

—

(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

—  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрирован(а) по  
адресу \_\_\_\_\_

—

—  
настоящей доверенностью

уполномочиваю \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

—  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

—  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г., от моего имени  
совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации  
\_\_\_\_\_:

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц.
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования.
4. Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.
5. Получать полис обязательного медицинского страхования.
6. Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
7. Подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением этого поручения.
8. Давать согласие на обработку персональных данных.
9. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

---

Срок действия доверенности до «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Доверенность выдана без права передоверия.

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)(подпись)

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. \_\_\_\_\_  
(указывается город)

\_\_\_\_\_ (число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_

Г.,  
являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

\_\_\_\_\_ д.р., свидетельство о рождении (паспорт) серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ выдан(о)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрированного

по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (далее – Ребенок)

настоящей доверенностью

уполномочиваю \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г., от моего имени совершать  
следующие действия в выбранной страховой медицинской организации  
\_\_\_\_\_ в отношении Ребенка:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ :

---

(Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц.
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования.
4. Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.
5. Получать полис обязательного медицинского страхования.
6. Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
7. Подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением этого поручения.
8. Давать согласие на обработку персональных данных.
9. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

Срок действия доверенности до « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Доверенность выдана без права передоверия.

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)(подпись)

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. \_\_\_\_\_  
(указывается город)

\_\_\_\_\_ (число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_

Г.,  
настоящей доверенностью уполномочиваю

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_

Г.,  
от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации \_\_\_\_\_:

Регистрировать \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

\_\_\_\_\_

— паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрирован(а)

по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—,

---

законным представителем которого я являюсь, в качестве застрахованного лица, а также:

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц.
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования.
4. Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.
5. Получать полис обязательного медицинского страхования.
6. Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
7. Подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением этого поручения.
8. Давать согласие на обработку персональных данных.
9. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

Срок действия доверенности до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Доверенность выдана без права передоверия.

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)(подпись)

## **Перечень документов, необходимых для оформления полиса ОМС**

### **Для детей до 14 лет — граждан РФ:**

- свидетельство о рождении;
- СНИЛС;
- документы законного представителя \*

*Если полис ОМС оформляет бабушка, дедушка или другие родственники (представитель), то к документам ребенка дополнительно предъявляются документы на представителя \*\**

### **Для детей от 14 до 18 лет или до приобретения ребенком дееспособности в полном объеме:**

- документ, удостоверяющий личность;
- СНИЛС;
- документы законного представителя \*

*Если полис ОМС оформляет бабушка, дедушка или другие родственники (представитель), то к документам ребенка дополнительно предъявляются документы на представителя \*\**

### **Для граждан РФ от 18 лет и старше:**

- документ, удостоверяющий личность;
- СНИЛС.

### **Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:**

- удостоверение беженца;
- или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;
- или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел;
- или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации.

### **Для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ:**

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- вид на жительство;
- СНИЛС (при наличии).

### **Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ:**

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- и/или вид на жительство;
- СНИЛС (при наличии).

### **Для иностранных граждан, временно проживающих в РФ:**

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
- СНИЛС (при наличии).

### **Для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ:**

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
- либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
- СНИЛС (при наличии).

---

**Для временно пребывающих на территории РФ в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе (договор о ЕАЭС)**

**1) для временно пребывающих в РФ трудящихся государств - членов ЕАЭС:**

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- СНИЛС;
- трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;
- отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания.

**2) для членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории РФ:**

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- СНИЛС;
- документ, подтверждающий отношение лица к категории должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

**Для временно пребывающих и осуществляющих трудовую деятельность на территории РФ иностранных граждан:**

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- СНИЛС;
- трудовой договор.

**\*Для законного представителя застрахованного лица:**

- документ, удостоверяющий личность;
- документ, удостоверяющий статус законного представителя;
- СНИЛС (при наличии);
- полис ОМС (при наличии);
- оригиналы или заверенные копии документов ребенка, на которого оформляется полис ОМС.

**Законными представителями являются:**

- родитель (мать, отец);
- опекун, попечитель;
- усыновитель.

**\*\*Для представителя застрахованного лица:**

- документ, удостоверяющий личность;
- доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленную в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации;
- СНИЛС (при наличии);
- полис ОМС (при наличии);
- документы законного представителя (в случае оформления полиса ОМС на ребенка или недееспособного гражданина старше 18 лет).
- оригиналы или заверенные копии документов гражданина, на которого оформляется полис ОМС.

## Форма

наименование структурного подразделения страховой компании - Принципала

Договор возмездного оказания услуг:

Срок действия

номер	
дата	
с	
по	

## Отчёт об оказании услуг

Номер документа	Дата составления

Отчетный период (месяц)	
с	по

Агент: Бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области»

№ п/п	ФИО проинформированного гражданина	Дата рождения	Контактный номер телефона проинформированного (или его представителя)	Способ информирования (лично, через представителя)
Адрес оказания услуг (субъект, город, улица, дом)				
Ранее незастрахованного Принципалом:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом владельца полиса ОМС «старого» образца				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				

ИТОГО: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) чел.

Агент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

**Форма**

наименование структурного подразделения Принципала

Договор возмездного оказания услуг:

Срок действия

номер	
дата	
с	
по	

**АКТ  
приема-сдачи услуг**

Номер документа	Дата составления

Отчетный период (месяц)	
с	по

На основании отчета № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Агент: Бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области»

Расчетная стоимость оказанных услуг составляет:

№ п/п	Факт обращения гражданина	Количество эффективных контактов	Стоимость 1 эффективного контакта	Итого
1	Ранее незастрахованного Принципалом			
2	Ранее застрахованного Принципалом владельца полиса ОМС «старого» образца			
3	Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС			
4	Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС			
	ИТОГО			

ИТОГО сумма к оплате \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) руб. 00 коп., включая НДС.

Агент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Принципал \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

## Договор поручения на обработку персональных данных третьим лицом

г. \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ в лице директора \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «**Доверитель**» с одной стороны и **бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области»** в лице руководителя Кузнецовой Нины Николаевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Поверенный**» с другой стороны, все вместе именуемые в дальнейшем «**Стороны**» заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Поверенный обязуется по поручению и от имени Доверителя совершать действия по обработке персональных данных, которые включают следующее: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных (далее Поручение).

1.2. Состав персональных данных, подлежащих обработке, включает фамилию, имя, отчество субъекта, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, СНИЛС, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактную информацию.

1.3. Обработка персональных данных осуществляется в целях осуществления обязательного медицинского страхования.

1.4. Обработка персональных данных должна быть осуществлена в срок исполнения договора № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### 2. Обязанности сторон договора

2.1. Поверенный обязан:

2.1.1. Исполнять данное ему поручение.

2.1.2. Соблюдать принципы и правила обработки персональных данных, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных".

2.1.3. Осуществлять обработку персональных данных в соответствии с целями, определенными Сторонами в настоящем договоре.

2.1.4. Обеспечить при обработке персональных данных их точность, достаточность, а в необходимых случаях и актуальность по отношению к целям обработки персональных данных.

2.1.5. Осуществлять хранение персональных данных в форме, позволяющей определить субъекта персональных данных, не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

2.1.6. Соблюдать конфиденциальность персональных данных и обеспечивать безопасность персональных данных при их обработке, а также соблюдать требования к защите обрабатываемых персональных данных.

2.1.7. В случае выявления неправомерной обработки персональных данных прекратить неправомерную обработку персональных данных в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты этого выявления.

2.1.8. В случае достижения цели обработки персональных данных прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты достижения цели обработки персональных данных.

2.1.9. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных прекратить их обработку и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва.

2.1.10. Представлять Доверителю по его требованию информацию о ходе исполнения поручения.

2.1.11. По исполнении поручения или при прекращении настоящего договора до его исполнения без промедления возвратить Доверителю персональные данные и представить отчет о выполненном поручении.

### 3. Срок действия Договора

3.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует на срок исполнения договора № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

3.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

### 4. Прочие условия

4.1. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по 1 (одному) экземпляру для каждой из Сторон.

4.2. Все споры и разногласия по настоящему Договору решаются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 5 (пять) рабочих дней со дня получения. В случае не достижения соглашения – спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

### ПОДПИСИ СТОРОН

Доверитель	Поверенный
Юридический адрес: _____ Фактический адрес: _____ ОГРН: _____ ИНН/КПП: _____ Платежные реквизиты: р/с: _____ к/с: _____ БИК: _____ ОКТМО: _____ Телефон: _____ Эл. почта: _____	БУ «МФЦ Калачинского района Омской области» Почтовый и фактический адрес: 644900, Омская обл., г. Калачинск, ул.Ленина, д.49 ОГРН: 1105543037687 ИНН/КПП: 5515200232/551501001 Л/с 015.23.096.8 в Министерстве финансов Омской области ЕКС 03224643520000005201 р/с 03224643520000005201 ОКЦ № 6 СибГУ Банка России//УФК по Омской области г. Омск БИК: 015209001 ОКТМО 52618101001 Телефон: (38155) 2-20-57 Эл. почта: kalachin_csv@mintrud.omskportal.ru
Директор _____/_____/	Руководитель _____/Н.Н.Кузнецова/
МП	МП

## СОГЛАШЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ

г. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «СМО» в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ с одной стороны и бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Калачинского района Омской области» в лице руководителя Кузнецовой Нины Николаевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, именуемые каждый в отдельности – «Сторона», а вместе – «Стороны», заключили настоящее Соглашение о конфиденциальности (далее – «Соглашение») о нижеследующем:

### Статья 1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**1.1. Конфиденциальная информация** означает информацию, представленную на любом носителе (электронная форма, документы и пр.) в отношении любой из Сторон, ее Аффилированных лиц, контрагентах, их бизнеса, стратегии развития, организационной структуры и системы материально-технического обеспечения, секретов производства (ноу-хау), интеллектуальной собственности, прав на проекты, сделок, структуры цен, маркетинговой стратегии и деятельности, а также планов, намерений или возможностей, имеющую финансовый, экономический, маркетинговый, плановый, технический, производственный характер, а также любую иную информацию в отношении, имеющую действительную или потенциальную ценность в силу неизвестности ее третьим лицам, не предназначенную для широкого распространения и/или использования неограниченным кругом лиц и имеющую статус конфиденциальной в соответствии с особыми в ней оговорками. Информация, считается конфиденциальной независимо от наличия на носителе маркировки «**Конфиденциально**» или иной аналогичной маркировки. Если иное не будет указано в момент передачи информации, вся и любая информация, передаваемая получающей Стороне, является Конфиденциальной,

---

независимо от того, присутствует ли указание (письменное или устное) о конфиденциальности этой информации.

К Конфиденциальной информации, не относится информация, которая:

- является или становится общеизвестной (причем общеизвестной не считается информация, известная ограниченному кругу лиц) по причинам, не связанным с нарушением получающей Стороной положений данного Соглашения;
- получающая Сторона может доказать, что она находилась в распоряжении получающей Стороны или была зафиксирована в её документах до ее получения от передающей Стороны и не была предварительно получена получающей Стороной от передающей Стороны или любой третьей стороны, связанной обязательством неразглашения такой информации;
- разглашается получающей Стороной на основе предварительного письменного разрешения передающей Стороны с указанием, что данная информация не является конфиденциальной.

**1.2. Передающая сторона** – Сторона по настоящему Соглашению, являющаяся обладателем Конфиденциальной информации, которая передает эту информацию получающей Стороне (далее – «**Передающая сторона**»).

**1.3. Получающая сторона**– Сторона по настоящему Соглашению, которая получает Конфиденциальную информацию от Передающей стороны, включая законных правопреемников получающей Стороны и её представителей (далее – «**Получающая сторона**»).

**1.4. Режим конфиденциальности информации**- правовые, организационные, технические и иные принимаемые обладателем Конфиденциальной информации (Передающей стороной), меры по охране ее конфиденциальности.

**1.5. Доступ к конфиденциальной информации** - ознакомление определенных лиц с Конфиденциальной информацией, с согласия ее обладателя (Передающей стороны) или на ином законном основании при условии сохранения конфиденциальности этой информации.

**1.6. Передача конфиденциальной информации** - осуществляется Передающей стороной Получающей стороне путем передачи её на любом носителе, а также любым иным согласованным Сторонами способом передачи информации, позволяющим обеспечить Конфиденциальность передаваемой информации, а также подтвердить факт передачи Конфиденциальной информации Передающей стороной и факт получения такой информации Получающей стороной.

Передача Конфиденциальной информации должна сопровождаться оформлением сторонами актов приема-передачи документов или электронных носителей информации, либо получением Передающей стороной отчета о получении Конфиденциальной информации Получающей стороной в случае использования иных способов передачи информации.

Передача Конфиденциальной информации Получающей стороне не влечет перехода права собственности на Конфиденциальную информацию и, если иное не предусмотрено настоящим Соглашением, каких-либо правомочий в отношении Информации.

**1.7. Разглашение конфиденциальной информации** - действие или бездействие, в результате которых Конфиденциальная информация в любой возможной форме (устной, письменной, иной форме, в том числе с использованием технических средств)

---

становится известной третьим лицам без согласия Передающей стороны и вопреки настоящему Соглашению.

**1.8. Аффилированное лицо** – любое физическое или юридическое лицо, которое прямо или косвенно контролирует Сторону, находится под контролем Стороны либо находится со стороной под общим контролем, а также любое физическое или юридическое лицо, которое может быть признано аффилированным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации. Под «контролем» для целей настоящего Соглашения понимается возможность прямо или косвенно (в силу преобладающего участия в уставном капитале, либо в соответствии с заключенным между ними договором, либо участия в органах управления, либо иным образом) определять решения, принимаемые подконтрольным лицом.

## **Статья 2. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ**

**2.1.** Предметом настоящего Соглашения являются взаимные обязательства Сторон по обеспечению конфиденциальности и неразглашения информации, передаваемой Сторонами друг другу.

## **Статья 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **3.1. Передающая сторона имеет право:**

3.1.1. Самостоятельно с учетом положений действующего законодательства Российской Федерации относить информацию, подлежащую передаче Получающей стороне, к Конфиденциальной информации, и определять перечень и состав такой информации.

3.1.2. Изменять и отменять в письменной форме режим конфиденциальности информации, подлежащей передаче Получающей стороне.

3.1.3. Применять при необходимости средства и методы технической защиты Конфиденциальности информации, подлежащей передаче Получающей стороне, другие, не противоречащие законодательству Российской Федерации, меры.

3.1.4. Направлять Получающей стороне требования в письменной форме:

- a) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Получающей стороны – уничтожить данные носители до степени невозможности восстановления Конфиденциальной информации или удалить данную информацию с таких носителей до степени невозможности восстановления;
- b) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Передающей стороны – вернуть Передающей стороне все такие носители.

3.1.5. Защищать в установленном законом порядке свои права в случае разглашения, незаконного получения или незаконного использования Получающей стороной либо третьими лицами по вине Получающей стороны Конфиденциальной информации.

### **3.2. Передающая сторона обязана:**

3.2.1. Принимать меры по охране Конфиденциальной информации, подлежащей передаче Получающей стороне.

---

3.2.2. В случае принятия решения об изменении или отмене режима конфиденциальности в отношении какой-либо из уже переданной Получающей стороне Конфиденциальной информации, письменно уведомить Получающую сторону о принятии такого решения в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия такого решения.

3.2.3. В течение 3 (Трех) рабочих дней с даты получения от Получающей стороны уведомления о фактах, перечисленных в пункте 3.4.8 настоящего Соглашения, направить Получающей стороне письменное указание о дальнейших действиях Получающей стороны.

### **3.3. Получающая сторона имеет право:**

3.3.1. Самостоятельно определять способы защиты Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны, обеспечивающие надлежащую охрану такой информации.

3.3.2. Предоставлять Конфиденциальную информацию, полученную от Передающей стороны третьим лицам, при условии получения предварительного письменного согласия от Передающей стороны.

3.3.3. Предоставить Конфиденциальную информацию каким-либо своим аффилированным лицам, советникам и консультантам, в случае если такое предоставление необходимо для целей сотрудничества и при условии, что Получающая сторона:

а) до любого такого предоставления обеспечит, что соответствующие аффилированные лица, советники и консультанты будут осведомлены об условиях настоящего Соглашения, и

б) обеспечит соблюдение конфиденциальности такими аффилированными лицами, советниками и консультантами на условиях, не менее строгих, чем условия настоящего Соглашения, и

с) будет ответственна за все и любые действия/бездействия таких аффилированных лиц, советников и консультантов, последствиями которых стало раскрытие Конфиденциальной информации любому третьему лицу или её использование не в соответствии с целями, указанными в п. 1.1 настоящего Соглашения.

### **3.4. Получающая сторона обязана:**

3.4.1. Принимать меры к охране Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны, путем обеспечения такого высокого уровня её охраны и такое аккуратное ее использование, какие Получающая сторона обеспечила бы в отношении своей собственной конфиденциальной информации; и

3.4.2. Не разглашать Конфиденциальную информацию, полученную от Передающей стороны, а также факт ее получения (включая дату, способ и другие условия передачи).

3.4.3. Использовать полученную от Передающей стороны Конфиденциальную информацию исключительно для целей взаимного сотрудничества и оказания друг другу услуг, с учетом условий, предусмотренных настоящим Соглашением.

3.4.4. Незамедлительно сообщить Передающей стороне о допущенном Получающей стороной либо ставшем известном Получающей стороне факте разглашения, либо угрозы разглашения, незаконном получении или незаконном использовании Конфиденциальной информации третьими лицами.

---

3.4.5. Не копировать и не воспроизводить другими способами Конфиденциальную информацию, за исключением случаев, когда это необходимо для целей выполнения поручений Передающей стороны. К копиям должны применяться те же требования по соблюдению конфиденциальности, что и к оригиналам.

3.4.6. По письменному требованию Передающей стороны, направленному в соответствии с пунктом 3.1.4 настоящего Соглашения, в зависимости от содержания требования Передающей стороны:

- a) незамедлительно прекратить использование Конфиденциальной информации;
- b) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Получающей стороны – уничтожить данные носители до степени невозможности восстановления Конфиденциальной информации или удалить данную информацию с таких носителей до степени невозможности восстановления;
- c) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Передающей стороны – вернуть Передающей стороне все такие носители в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента получения требования о возврате.

В течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения от Передающей стороны письменного требования о выполнении вышеуказанных действий направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме об их выполнении.

3.4.7. В течение 2 (Двух) рабочих дней с даты получения от Передающей стороны письменного уведомления об изменении или отмене Режима Конфиденциальности информации, принять соответствующие меры по изменению либо отмене охраны ее Конфиденциальности и направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме о выполнении этих мер.

3.4.8. Незамедлительно уведомить Передающую сторону любым видом связи в случаях:

- a) поступления в адрес Получающей стороны требования (запроса) органов государственной власти, иных государственных органов, органов местного самоуправления, судов, органов прокуратуры, органов предварительного следствия, органов дознания о передаче Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны;
- b) изъятия (выемки, ареста) в установленном законом порядке Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны;
- c) повреждения, утраты, хищения и других случаях неправомерного выбытия из владения Конфиденциальной информации;
- d) в других случаях, когда возникла необходимость либо целесообразность передачи Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны, третьим лицам.

3.4.9. Не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем получения от Передающей стороны письменного указания о соответствующих действиях в вышеуказанных случаях принять соответствующие меры и направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме о выполнении этих мер.

3.4.10. До окончания срока действия настоящего Соглашения, а также в течение 5 (Пяти) лет после окончания срока действия настоящего Соглашения, если иной срок не будет определен Передающей стороной, не разглашать Конфиденциальную информацию, переданную Получающей стороне, а также в одностороннем порядке не прекращать охрану ее конфиденциальности.

---

## **Статья 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

**4.1.** За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Соглашения Стороны несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.

**4.2.** В случае разглашения или использования в своих интересах Конфиденциальной информации, в том числе вследствие действий (бездействия) Представителей Получающей стороны, Получающая сторона обязана возместить Передающей стороне возникший ущерб в полном объеме.

**4.3.** Не является нарушением условий настоящего Соглашения, если информация, являющаяся Конфиденциальной, полученная Получающей стороной от Передающей стороны:

- а) стала общеизвестной либо известной определенному лицу (кругу лиц) иначе, чем в результате нарушения Получающей стороной условий настоящего Соглашения;
- б) была изъята у Получающей стороны в случаях, предусмотренных положениями подпункта «б» пункта 3.4.8 настоящего Соглашения, при условии, что Получающая сторона незамедлительно известит Передающую сторону об этом в порядке, предусмотренном пунктом 3.4.8 настоящего Соглашения;
- с) передана Получающей стороной лицам, указанным в подпункте «а» и «б» пункта 3.4.8 настоящего Соглашения.

**4.4.** Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свои обязательства по настоящему Соглашению, освобождается от ответственности в случае, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, включая объявленную или фактическую войну, блокаду, пожары и другие стихийные бедствия, которые повлияли на надлежащее исполнение обязательств по настоящему Соглашению.

## **Статья 5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

**5.1.** В случае возникновения каких-либо споров, претензий и разногласий, вытекающих из или связанных с настоящим Соглашением, а также в связи с действительностью, толкованием, исполнением или нарушением такового Стороны приложат все разумные усилия для проведения добросовестных переговоров с целью достижения мирного урегулирования такого спора, разногласия или требования.

**5.2.** В случае если Стороны не достигнут мирного урегулирования любого спора, претензии или разногласия в течение 30 (Тридцати) дней с начала переговоров, все такие споры, претензии и разногласия, возникающие в связи или в отношении настоящего Соглашения, а также в связи с действительностью, толкованием, исполнением или нарушением такового, подлежат окончательному разрешению Арбитражным судом г. Москвы.

**5.3.** При этом если любая из Сторон имеет основание считать, что соблюдение указанного выше срока может привести к нарушению прав такой Стороны, то данная Сторона вправе подать исковое заявление и ходатайствовать о принятии арбитражным судом обеспечительных мер до истечения указанного выше срока.

---

## **Статья 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ СОГЛАШЕНИЯ**

- 6.1.** Настоящее Соглашение вступает в силу с даты подписания его Сторонами и действует до даты подписания Сторонами документа о расторжении настоящего Соглашения.
- 6.2.** Изменение настоящего Соглашения возможно по соглашению Сторон, которое должно быть совершено Сторонами в письменной форме и подписано уполномоченными представителями Сторон.
- 6.3.** Настоящее Соглашение может быть расторгнуто как по соглашению Сторон, а также по другим основаниям и в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- 6.4.** Настоящее Соглашение может быть расторгнуто в судебном порядке по требованию одной из Сторон в случае существенного нарушения требований, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.
- 6.5.** При прекращении настоящего Соглашения Получающая сторона возвращает в течение 5 (Пяти) рабочих дней Передающей стороне всю документацию (в том числе носители информации), полученную от Передающей стороны, если в тот же срок Передающей стороной не будет дано письменного указания Получающей стороне об уничтожении Конфиденциальной информации. В этом случае в тот же срок с даты получения такого указания Получающая сторона должна направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме о выполнении указания Передающей стороны.
- 6.6.** После прекращения действия настоящего Соглашения все обязательства Получающей стороны, предусмотренные настоящим Соглашением в отношении охраны конфиденциальности информации, действуют в течение 5 (Пяти) лет, за исключением случаев ликвидации одной из Сторон.

## **Статья 7. УСЛОВИЯ ОХРАНЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ В СЛУЧАЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ЛИКВИДАЦИИ ОДНОЙ ИЗ СТОРОН**

- 7.1.** В случае реорганизации или ликвидации одной из Сторон (по решению учредителей или органа юридического лица, уполномоченного на то учредительными документами) реорганизуемая или ликвидируемая Сторона обязана незамедлительно направить другой Стороне письменное уведомление о начале и окончании этих процедур (в том числе с указанием правопреемников реорганизуемой Стороны), с приложением соответствующих решений учредителей, органов управления.
- 7.2.** В случае реорганизации (по решению уполномоченных государственных органов или по решению суда) или ликвидации (по решению суда) Получающей стороны Передающая сторона направляет соответствующему органу (лицу), осуществляющему реорганизацию либо ликвидацию Получающей стороны, письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.
- 7.3.** В период реорганизации одной из Сторон условия охраны Конфиденциальной информации, остаются такими же, как до начала реорганизации, если Передающая сторона не направит соответствующему органу (лицу), осуществляющему реорганизацию

---

Получающей стороны, письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

**7.4.** После реорганизации Получающей стороны условия охраны Конфиденциальной информации, обеспечиваются правопреемником (правопреемниками) Получающей стороны в таком же режиме, как до реорганизации, если Передающая сторона не направит правопреемнику Получающей стороны письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

**7.5.** После реорганизации Передающей стороны условия охраны Конфиденциальной информации, остаются такими же, как до реорганизации, если правопреемник Передающей стороны не направит Получающей стороне письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

**7.6.** В период ликвидации Передающей стороны (как в добровольном, так и в принудительном порядке) Получающая сторона обязана по письменному требованию соответствующего органа (лица), осуществляющего ликвидацию Передающей стороны, совершить действия, предусмотренные пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

## **Статья 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

**8.1.** Стороны обязуются информировать друг друга в письменном виде об изменении своих адресов и иных данных и реквизитов, указанных в Договоре.

**8.2.** Уведомления и сообщения могут направляться с подтверждением о вручении адресату средствами факсимильной связи, заказной почтой или курьером. Подтверждением о вручении адресату в случае доставки уведомления заказной почтой или курьером будет служить экземпляр оригинала документа с указанием надлежащего наименования и адреса адресата, а также Ф.И.О., должности и подписи лица, принявшего уведомление, а в случае доставки уведомления средствами факсимильной связи – экземпляр уведомления с надлежащим адресом и абонентским телефонным номером адресата, зарегистрированный в соответствующем реестре исходящих факсимильных сообщений с отметкой аппарата отправителя о нормальной передаче сообщения.

**8.3.** В случае уклонения адресата от получения уведомления, а также в случае, когда адресат письменно не сообщит отправителю об изменении адреса и реквизитов доставки уведомлений в установленный срок и уведомление будет доставлено по ранее указанному адресатом адресу или реквизитам, адресат несет всю ответственность за недоставку или невозможность доставки уведомления.

## **Статья 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**9.1.** Во всем, что прямо не оговорено в настоящем Соглашении, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

**9.2.** Настоящее Соглашение подписано Сторонами в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

---

**В СВИДЕТЕЛЬСТВО ВСЕГО ВЫШЕИЗЛОЖЕННОГО**

**Настоящее Соглашение подписано уполномоченными представителями Сторон:**

Юридический адрес: \_\_\_\_\_  
Фактический адрес: \_\_\_\_\_  
ОГРН: \_\_\_\_\_  
ИНН/КПП: \_\_\_\_\_  
Платежные реквизиты:  
р/с: \_\_\_\_\_  
к/с: \_\_\_\_\_  
БИК: \_\_\_\_\_  
ОКТМО: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Эл. почта: \_\_\_\_\_

Бюджетное учреждение Омской области  
«Многофункциональный центр  
предоставления государственных и  
муниципальных услуг Калачинского района  
Омской области»  
Почтовый и фактический адрес: 644900,  
Омская обл., г.Калачинск, ул.Ленина, д.49  
ОГРН: 1105543037687  
ИНН/КПП: 5515200232/551501001  
Л/с 015.23.096.8 в Министерстве финансов  
Омской области  
ЕКС 03224643520000005201  
р/с 03224643520000005201  
ОКЦ № 6 СибГУ Банка России//УФК по Омской  
области г. Омск  
БИК: 015209001  
ОКТМО 52618101001  
Телефон: (38155) 2-20-57  
Эл. почта: kalachin\_csv@mintrud.omskportal  
Руководитель

Директор

\_\_\_\_\_ / ФИО

М.П.

\_\_\_\_\_ / Н.Н.Кузнецова

М.П.