Директору ТФОМС

 Ростовской области

 А.В.Решетникову

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства

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

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

 **территория**

 **получения полиса ОМС**

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

 В соответствии п.3 ст. 49.1 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» настоящим заявлением уведомляю об утрате полиса обязательного медицинского страхования.

 Прошу исключить меня из списка застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию в связи с тем, что являюсь военнослужащим (или приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи).

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)