

ИЗВЕЩЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЮ

1. Кому: С/К. "ВОРСИНО-1"ГУВД Г.МОСКВА

2. Адрес: БОРОВСКИЙ РОГАЧЕВА,

3. Ваш регистрационный номер **МС- 4-02809** необходимо указывать на всех предъявляемых в фонд ОМС документах, касающихся расчетов по средствам фонда обязательного медицинского страхования.

4. ИНН: ФФМС ?? ; ТФМС ??

5. Размеры страховых взносов:

в Федеральный фонд ОМС

0.2% на счет 0403810222070000001

в Боровский межрайонный фонд ОМС

3.4% на счет 0404810522070000001

в банке АК СБ РФ БОРОВСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N 2671, БИК 042909620,

к/с 30101810500000000620 в АКБ "СБС-АГРО" КАЛУЖСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ФИЛИАЛ ДОП.ОФИС N 2914, БИК 042908760

6. Срок уплаты взносов **10-е** число следующего месяца.

7. По истечении установленной даты, невнесенная сумма считается недоимкой и взыскивается с начислением пени 1% за каждый день просрочки.

8. Дата предоставления отчетов по средствам фонда медицинского страхования до 30 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

9. За несвоевременное предоставление в установленные сроки отчетов, применяется финансовая санкция в виде взыскания 10%, причитающихся в отчетном квартале к уплате сумм страховых взносов.



СПЕЦИАЛИСТ
Боровского межрайонного
фонда обязательного
медицинского страхования

9 февраля 1998 г.

(подпись)

Ответственный за плательщика —

Ведущий специалист — Егерова Галина Михайловна

Телефон : 2-25-25

КАЛУЖСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ