

УВЕДОМЛЕНИЕ

о регистрации юридического лица в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации по месту нахождения на территории Российской Федерации

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО "СТОЛИЧНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ СТРОИТЕЛЕЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЕРСТВО

(полное наименование организации в соответствии с учредительными документами)

ОГРН

1 0 9 7 7 9 9 0 3 4 0 0 2

ИНН

7 7 0 1 0 5 6 5 5 8

КПП

7 7 0 1 0 1 0 0 1

местонахождение

105085, МОСКВА Г, МОСКВА Г, ПОЧТОВАЯ Б. УЛ, 7, 1

(адрес местонахождения в соответствии с учредительными документами)

уведомляется о регистрации

14.01.2010

в качестве страхователя

(число, месяц, год регистрации)

в

УПРАВЛЕНИЕ № 7 ГУ-ГУ ПФР № 10 ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛ

(наименование территориального органа ПФР)

по месту постановки на учет

БАСМАННОЕ

1 0 8

(район постановки на учет)

с присвоением регистрационного номера

0 8 7 - 1 0 8 - 0 9 3 6 0 0

Уполномоченное лицо
территориального органа ПФР

(подпись)

(Ф.И.О)

М.П. "14"



**Свидетельство о регистрации страхователя
в территориальном фонде обязательного медицинского
страхования при обязательном медицинском страховании**

Настоящим подтверждается, что в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" на основании представленных

сведений из ЕГРЮЛ

(наименование документов, сведения из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

13 января 2010 г.

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

заявитель **НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО "СТОЛИЧНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ**

(наименование / фамилия, имя, отчество)

СТРОИТЕЛЕЙ "СТРОЙТЕХСОВЕТ"

ИНН 7701056558

КПП 770101001

ОГРН 1097799034002

Место нахождения (место жительства) 105085, МОСКВА, Почтовая Б. ул., Д.7, СТР.1

Место нахождения обособленного подразделения _____

(заполняется при наличии обособленного подразделения)

зарегистрирован в качестве страхователя в Московском городском фонде обязательного
медицинского страхования

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

Регистрационный номер страхователя :

4	5	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Дата регистрации : 13 января 2010 г.

Наименование и адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществившего регистрацию страхователя _____

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования

117152, Москва, Загородное шоссе, д.18а

Контактный телефон территориального фонда обязательного медицинского страхования
366-31-23

Регистрацию страхователя осуществил : _____

Главный специалист Стрюк Наталья Николаевна

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

13 января 2010 г.

Печать территориального фонда
обязательного медицинского страхования,
осуществившего регистрацию страхователя



ИЗВЕЩЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЮ

1. Кому: НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО "СТОЛИЧНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ СТРОИТЕЛЕЙ-СТРОЙТЕХСОВЕТ"

2. Адрес: 105085, МОСКВА, Почтовая Б. ул., Д.7, СТР.1

3. Ваш регистрационный номер 451011000000038 необходимо указывать в платежных поручениях на перечисление страховых взносов на обязательное медицинское страхование в Московский городской и Федеральный фонды ОМС (образец на сайте МГФОМС www.mgfoms.ru в разделе "Для страхователей" - "Новое в ОМС" - "Вопросы и ответы"), а также на всех предъявляемых в фонд ОМС документах и обращениях.

4. В платежных документах на перечисление страховых взносов на обязательное медицинское страхование в поле 104 платежного поручения указываются следующие значения кодов бюджетной классификации:

"39210202110091000160" - при уплате страховых взносов на ОМС в бюджет Московского городского фонда ОМС (МГФОМС).

"39210202110092000160" - при уплате пеней в бюджет МГФОМС.

"39210202110093000160" - при уплате штрафов в бюджет МГФОМС.

"39210202100081000160" - при уплате страховых взносов на ОМС в бюджет Федерального фонда ОМС (ФФОМС).

"39210202100082000160" - при уплате пеней в бюджет ФФОМС.

"39210202100083000160" - при уплате штрафов в бюджет ФФОМС.

В поле "Назначение платежа" (24) указывается дополнительная информация, необходимая для идентификации назначения платежа. При оформлении платежных поручений по перечислению страховых взносов в МГФОМС и ФФОМС необходимо указывать регистрационный номер плательщика в ПФР и регистрационный номер в МГФОМС (из свидетельства о регистрации в МГФОМС), который указан в п.3 настоящего Извещения: 451011000000038.

При применении специальных налоговых режимов, предусмотренных главами 26.1, 26.2, и 26.3 НК РФ, в платежных поручениях на перечисление единого налога указываются соответствующие этим налогам коды бюджетной классификации.

5. В соответствии с Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" Вам необходимо заключить договор обязательного медицинского страхования (базовый). Форма договора размещена на сайте www.mgfoms.ru. Контактные телефоны: 366-31-23

6. Выдача полисов ОМС работникам страхователя, не имеющим места жительства в г.Москве, осуществляется на основании договора обязательного медицинского страхования (иногородних). По вопросу заключения договора следует обращаться в МГФОМС по месту регистрации в качестве страхователя. Контактные телефоны: 366-31-23 и др.

7. На сайте www.mgfoms.ru Вы сможете контролировать поступление платежей Вашей организации на обязательное медицинское страхование в МГФОМС и ФФОМС. Для этого Вы должны получить в МГФОМС код первичного доступа, на основании которого Вы сможете зарегистрироваться на указанном интернет-сайте в качестве пользователя электронного сервиса по мониторингу платежей на обязательное медицинское страхование в системе ОМС г.Москвы. По вопросу получения кода первичного доступа следует обращаться в МГФОМС по месту регистрации в качестве страхователя. Контактные телефоны: 366-10-88

Московский городской фонд
обязательного медицинского страхования

Н.Н. Стрюк

13 января 2010 г.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Ответственный: Главный специалист - Паршина Татьяна Владимировна к. 415
Телефон: 366-31-23
1-74741

Адрес : 105275, г.Москва, пр-т Буденного, д.31

ДОГОВОР № 1-01-135121-15
обязательного медицинского страхования

13.01.10г.

г. Москва

Некоммерческое партнерство «Столичное объединение строителей «Стройтехсовет» (рег. номер в МГФОМС _____, ИНН _____, КПП _____, ОГРН 1097799034002), именуемая в дальнейшем «Страхователь», в лице Директора Сизова Андрея Николаевича, действующего (ей) на основании Устава, с одной стороны, и страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование в г. Москве, ООО «Медицинская страховая компания «МЕДСТРАХ», ООО «Медицинская городская страховая компания «МЕГО», ЗАО Медицинская страховая компания «Солидарность для жизни», ООО Медицинская страховая компания «ИКАР», ОАО «Страховая компания «РОСНО-МС», ЗАО «Медицинская акционерная страховая компания «МАКС-М», ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М», ОАО «Медицинская страховая компания «УРАЛСИБ», действующие на основании лицензий, выданных для проведения обязательного медицинского страхования в г. Москве, именуемые в дальнейшем «СМО», в лице

Брежневой Тимеевой Анастасиевны - Казаченко
(фамилия, имя, отчество)

Директора по территории Учетно-контрольного управления - филиала Московского городского фонда обязательного медицинского страхования по 18 АД административному округу г. Москвы, действующего(ей) на основании договора поручения № 8/11/09 от 30.11.09 и доверенности № де 1306 от 19.12.01, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили договор о нижеследующем.

1. Предмет договора и обязанности Сторон

1. СМО принимает на себя обязательство организовать и финансировать предоставление гражданам, включенным Страхователем в списки застрахованных, медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг.
2. Объем медицинской помощи, предоставляемый застрахованным лицам в соответствии с настоящим договором, определяется утвержденной территориальной программой обязательного медицинского страхования населения г. Москвы.
3. Страхователь принимает на себя уплату страховых взносов (налогов):

(указать, какой налог: единый социальный налог; единый сельскохозяйственный налог;
единый налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения;
единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности)

- в размерах, сроки и порядке, установленных действующим законодательством Российской Федерации, подлежащие зачислению в Федеральный и Московский городской фонды обязательного медицинского страхования.
4. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек.
 5. Списки застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, пола, места работы, постоянного места жительства предоставляются Страхователем в момент заключения договора. Полный список работников в электронном виде либо на бумажных носителях по форме согласно приложению № 1 представляется Страхователем в МГФОМС по месту регистрации в качестве страхователя.
 6. Страхователь представляет в МГФОМС по месту регистрации в согласованные сроки сведения об уволенных работниках и списки вновь принятых работников по формам согласно приложениям № 2, № 3. Работники, поступившие на работу в период действия настоящего договора, считаются застрахованными с момента поступления на работу.
 7. СМО ведет учет выданных работникам Страхователя полисов ОМС.
 8. СМО обязуется осуществлять контроль за качеством и объемом медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС г.Москвы, защищать интересы застрахованных работников Страхователя.

II. Размер, сроки и порядок внесения страховых взносов (налогов)

9. Размер, сроки и порядок внесения страховых взносов (налогов), указанных в п.3 настоящего договора, регулируются Налоговым кодексом Российской Федерации.
10. Страховые взносы (налоги) уплачиваются Страхователем в Федеральный и Московский городской фонды обязательного медицинского страхования отдельными платежными поручениями.

III. Срок действия договора обязательного медицинского страхования и основания его прекращения

11. Настоящий договор заключается сроком на один год и вступает в силу со дня его подписания.
12. Если ни одна из Сторон не заявит о прекращении настоящего договора не менее чем за 30 дней до окончания срока, на который заключен договор, его действие продлевается каждый раз на этот же срок на тех же условиях.
13. Договор обязательного медицинского страхования прекращается в случаях:
- ликвидации Страхователя или СМО;
- снятия Страхователя с учета в МГФОМС в связи с выбытием на другую территорию Российской Федерации;

-в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

14. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Сторон. О намерении досрочного прекращения договора Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора.

15. При утрате Сторонами в период действия настоящего договора прав юридического лица вследствие реорганизации права и обязанности по настоящему договору переходят к соответствующим правопреемникам.

IV. Ответственность Сторон

16. За несвоевременное или неполное перечисление страховых взносов (налогов) Страхователь несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

17. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

V. Дополнительные условия

18. Представителем от Страхователя по координации взаимоотношений по обязательному медицинскому страхованию в рамках настоящего договора является _____

(фамилии, имя, отчество, телефон)

По всем вопросам в рамках настоящего договора Страхователь обращается в Учетно-контрольное управление - филиал МГФОМС по ЦАО административному округу г. Москвы по адресу: 105085 Москва, ул. Почтовая Б., д. 7, стр. 1.

19. При утрате полиса СМО выдает его дубликат. Представитель Страхователя вправе получать дубликаты страховых медицинских полисов за застрахованных.

20. В случае изменения правового статуса, в том числе реорганизации (слияние, присоединение, разделение, выделение, преобразование), изменения наименования, места нахождения и иных реквизитов, указанных в настоящем договоре, Стороны обязуются извещать друг друга не позднее 5 дней с момента их изменения.

Все уведомления и сообщения в связи с исполнением настоящего договора должны представляться в письменной форме за подписью полномочных представителей Сторон.

21. Все приложения, изменения и дополнения к настоящему договору, подписанные уполномоченными представителями Сторон, являются его неотъемлемой частью.

22. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего договора разрешаются в Арбитражном суде г. Москвы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

23. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Страхователя, другой - у МГФОМС.

VI. Юридические адреса Сторон

От Страхователя
Юридический адрес:

105085, г. Москва, ул. Почтовая Б., д. 7, стр. 1

Фактический адрес:

105085, г. Москва, ул. Почтовая Б., д. 7, стр. 1

Почтовый адрес:

105085, г. Москва, ул. Почтовая Б., д. 7, стр. 1

Телефон: _____

От СМО

Юридический адрес:

Фактический и почтовый адрес

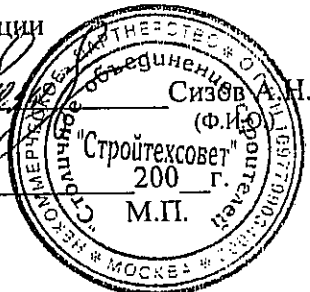
Учетно-контрольного управления - филиала МГФОМС по ЦАО административному округу г. Москвы:

Телефон: 366-3123

Директор Организации

(подпись)

" " "



(подпись)

(Ф.И.О.)



_____ 2009 г.
М.П.

Приложение №1
к договору обязательного медицинского страхования
№ _____ от _____

СПИСОК РАБОТНИКОВ*

Некоммерческое партнерство «Столичное объединение строителей «Стройтехсовет»
(наименование организации)

Регистрационный номер в МГФФМС _____
ИНН _____
Всего работников в списке 1 чел.

г. Москва « ____ » _____ 200__ г.

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Число, месяц, год рождения	Пол (м/ж)	Адрес постоянного места жительства								Примечание**
						почтовый индекс	субъект РФ	район	город (населенный пункт)	улица	дом	корпус	кварт. тира.	
1	Сизов	Андрей	Николаевич	18.11.1960	м	121471	Москва		Москва	Гвардейская ул.	8			15
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Представитель от организации по координации взаимоотношений по обязательному медицинскому страхованию в рамках настоящего договора:

(Ф.И.О.) _____ (тел.) _____

От организации
Директор _____
Сизов А.Н.
(Ф.И.О.)



М.П.
* Список формируется в любом удобном для работодателя формате (в алфавитном, по подразделением и др.) в формате EXCEL или WORD (для жителей г. Москвы графы 8 и 9 допускается не указывать). При отсутствии информации об адресах работников в структурированном виде допускается адресные референты указывать слитно в объединенном поле "Адресные референты", образованном слиянием граф 7-14.
** В графе «Примечание» по работникам-совместителям указывается символ «С» (по другим работникам не заполняется).