Приложение N 2

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация, в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 1 | 47401000000 |
| Реестровый номер | 2 | 51018 |
| Код причины постановки на учет (КПП), для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения | 3 | 519043001 |
| ИНН | 4 | 7106060429 |
| ОГРН | 5 | 1047100775963 |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования страховой медицинской организации (филиала/представительства) в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 6 | ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ - ОМС», ООО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ - ОМС», МУРМАНСКИЙ ФИЛИАЛ ООО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ - ОМС» |
| Организационно-правовая форма страховой медицинской организации в соответствии с Уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 7 | 30002 (Филиалы юридических лиц) |
| Головная организация (1), филиал (представительство) (2) | 8 | 2 |
| Место нахождения и адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 9 | 115280, Г.МОСКВА, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ ДАНИЛОВСКИЙ, ПР-КТ ЛИХАЧЁВА, Д. 15, ПОМЕЩ. 2/6 |
| Фактический адрес страховой медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 10 | совпадает с юридическим адресом |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 11 | 183038, ОБЛАСТЬ МУРМАНСКАЯ, ГОРОД МУРМАНСК, УЛИЦА СОФЬИ ПЕРОВСКОЙ, ДОМ 25/26 |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 12 | РЫЖАКОВ АНДРЕЙ ДМИТРИЕВИЧ, тел. 8-495-7880999, факс 8-495-7880999, office-oms@alfastrah.ru |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала (представительства), адрес электронной почты | 13 | НАУМЕНКО АННА АНДРЕЕВНА, тел. 8-8152-456214, факс 8-8152-456234, murmansk-oms@alfastrah.ru |
| Номер, дата выдачи, дата окончания действия лицензии | 14 | ОС № 0193 - 01 от 24.06.2024, без ограничения срока действия |
| Дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций | 15 | 01.01.2014 |
| Дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций | 16 | нет |
| Причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций | 17 | нет |
| Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования | 18 | 251909 |