|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Бланк  кредитной организации |  | В Территориальный фонд  обязательного медицинского страхования  Магаданской области  685000, г. Магадан,  у.Пушкина,6 |

*Наименование кредитной организации* в дополнение к заявке на участие в отборе заявок кредитных организаций *дата отбора* сообщает, что по состоянию на *день предшествующий дню проведения отбора* размер собственных средств (капитала) рассчитываемый по методике Центрального банка Российской Федерации составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

*Наименование кредитной организации* по состоянию на день, предшествующему дню проведения указанного отбора заявок, не имеет просроченной задолженности по банковским депозитам, ранее размещенным в них за счет временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и (или) территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

М.П.