



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

7795489719002171



ГОРОШКОВ

фамилия

ВАСИЛИЙ

имя

ПЕТРОВИЧ

отчество (при наличии)

30.04.2015, М

дата рождения, год

срок действия*

подпись застрахованного лица



* Не указывается для застрахованных лиц, постоянно проживающих в Российской Федерации

1. 22, 09

115104, Москва, М. Орынта, 50. т. (495) 786-45-31. 324-35-21

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) Сакашвили Н.Е.название страховой медицинской организации (филиала) ЗАО «МАКС-М» г. Москва
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) 115104, Москва, М. Орынта, 50. т. (495) 786-45-31. 324-35-21

2. «__» 20__ г.

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____

подпись

3. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

4. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

5. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

6. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

7. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

8. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

9. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

10. «__» 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала) _____

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) _____

/ _____ М.П.

подпись

01 12 6501189