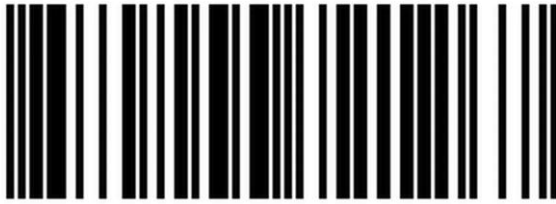


ВЫПИСКА
из единого регистра застрахованных лиц
о полисе обязательного медицинского страхования



Информация о застрахованном лице

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Дата рождения: _____

Пол (нужное отметить знаком “V”): муж. жен.

Гражданство: _____

Единый номер полиса ОМС: _____

Срок действия полиса ОМС (указываются):

- дата начала действия полиса ОМС _____;
- дата окончания действия полиса ОМС: _____.
- полис ОМС бессрочный.

Информация о страховой медицинской организации

Реестровый номер: _____

Наименование: _____

Номер телефона: _____

Субъект Российской Федерации: _____

(территория страхования (наименование субъекта))