

# ОБЯЗАТЕЛЬНО ЗАМЕНИ!



(наименование страховой организации)

(адрес и телефон страховой организации)

## ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

000000000

### ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

По настоящему временному свидетельству \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица)

(дугий рсидСН.-с.- руд дсздумг.:Пй. удостверяющего лучмаотч., серия и юотр документа, удостверяющего личность, дата выдачи, хил ег-гдз)

Место рождения \_\_\_\_\_

Пол: муж/жен. (нужное отметить знаком «V»)

имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_

Представитель страховой медицинской организации \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись)  
М.П.

Исгсозлоо ЗЛО «ЛИТ», г. ВмдвОСФК, 2011 г.

I - -

# НА ПОЛИС ОМС

