



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

6290089781000137



РОСЛЯКОВА

фамилия

АЛЕКСАНДРА

ИМЯ

СЕРГЕЕВНА

отчество (при наличии)

18.09.2019, Ж

дата рождения, пол

срок действия*

подпись застрахованного лица



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

02 Октября 19

Рязанский филиал АО "СК "СОГАЗ-Мед"

1. « 20 » 20__ г.

390013, г.Рязань, Первомайский Промышленный район, ул. Мухоморова, д. 41, ф. 800-100-07

А.В. ПРОЦДЯЕВА

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

2. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала) /

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

3. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

4. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

5. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

6. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

7. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

8. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

9. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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

10. « 20 » 20__ г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

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



01 15 8344704