

ПОЛИС обязательного медицинского страхования

0248100842000416



ПУДЯКОВ
фамилия

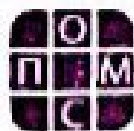
ЯРОСЛАВ
имя

АНТОНОВИЧ
отчество (при наличии)

07.11.1998, М
дата рождения, год

срок действия*

подпись застрахованного лица



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

1. «22 04» 2013 г. Уфимский филиал ОАО "МСК "УралСиб"
название страховой медицинской организации (филиала)
450057, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Новоустьинская, д. 8, тел. (347) 276-90-56
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
Иванова И.В. / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
2. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
3. «28 10» 2016 г. Общество с ограниченной ответственностью "РОСНО-МС"
название страховой медицинской организации (филиала)
Московская обл., г. Одинцово, ул. Надыкина, д. 2, тел. 8-495-690-20-41
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
Величкин А.В. / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
4. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
5. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
6. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
7. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
8. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
9. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись
10. «__» ____ 20__ г. ____
название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись

01 06 1926604