



**ПОЛИС**

обязательного медицинского  
страхования



7748 5308 3400 2592

Контактный телефон: ТФОМС – (495) 952-93-21

ОБРАЗЕЦ ПОДПИСИ



Фамилия, Имя, Отчество

**ГАЛИЦИЯ  
ДОМЕНИКО**

Срок действия

Пол **М**

Дата рождения  
**15.11.1964**

02 03 6058897

Издан: 11.03.2016