

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО № _____

1. Страховая медицинская организация _____
2. № страхового полиса ОМС _____
4. СНИЛС _____ 3. Код льготы _____
5. Фамилия _____ 6. Имя _____
7. Отчество _____ 8. Пол: _____
9. Дата рождения _____
число, _____ месяц, _____ год
10. Адрес постоянного места жительства: _____
11. Адрес регистрации по месту пребывания: _____
12. Телефон домашний _____ служебный _____
13. Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, №, серия, дата, кем выдан) _____
14. Инвалидность _____
15. Место работы _____
наименование и характер производства
- профессия _____ должность _____ иждивенец _____