

ООО "СМК "КРЫММЕДСТРАХ"

(наименование страховой медицинской организации)

295006, Р. КРЫМ, Г. СИМФЕРОПОЛЬ, УЛ. К. МАРКСА, Д. 29, ТЕЛ. +7 978 903 3 903

(адрес и телефон страховой медицинской организации)

**ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ
ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

« 8 » Декабря 20 14 г.

901757592

По настоящему временному свидетельству _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица)

ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РФ _____

ВЫДАН 05.04.2014 ФЕДЕРАЛЬНОЙ МИГРАЦИОННОЙ СЛУЖБОЙ

(дата рождения, вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, кем выдан)

Место рождения _____

ГОР. ЗАПОРОЖЬЕ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛ.

Пол:

муж.

жен.

(нужно отметить знаком "V")

имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" до _____

« 27 » Января 20 15 г.

Подпись застрахованного лица _____

Представитель страховой медицинской организации _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

М.П.

