

(наименование страховой медицинской организации)

(адрес и телефон страховой медицинской организации)



## ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

161194794

По настоящему временному свидетельству \_\_\_\_\_

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

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

Место рождения \_\_\_\_\_

Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком «V»)

имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_

Представитель страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

М.П.