



ПОЛИС обязательного
медицинского **страхования**

5451540890000076



КОЖАНОВА

фамилия

ИРИНА

имя

ИГОРЕВНА

отчество (при наличии)

09.08.1954, Ж

дата рождения, пол

срок действия*

Кожанова

подпись застрахованного лица



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

1. 20 12 2013 г. **Филиал «Новосибирск-медицина»**
ОАО «РОСНО-МД»
г. Новосибирск, пр. Димитрова, 1 тел. 922-22-10
название страховой медицинской организации (филиала)

Кочина И.О. / Коч / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) подпись



2. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

3. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

4. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

5. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

6. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

7. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

8. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

9. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

10. «__» ____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)

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

01 09 0308926



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

5452740848000223



КОЖАНОВ

фамилия

АЛЕКСАНДР

имя

ИВАНОВИЧ

отчество (при наличии)

01.07.1952, М

дата рождения, пол

срок действия*

подпись застрахованного лица



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

1. «15 01» 2014 г. Филиал «Новосибирск-медицина»
ОАО «РОСНО-МС»
630004 г. Новосибирск, пр. Димитрова, 1 тел. 222 22 10
название страховой медицинской организации (филиала)

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



2. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

3. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

4. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

5. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

6. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

7. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

8. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

9. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

10. « » 20 г. название страховой медицинской организации (филиала)

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

01 09 2280414