

# Полис обязательного медицинского страхования



## ПОЛИС обязательного медицинского страхования

5055050505505505



**ИВАНОВ**

фамилия

**ИВАН**

имя

**ИВАНОВИЧ**

отчество (при наличии)

**01.01.1971, М**

дата рождения, пол

срок действия\*

подпись застрахованного лица



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