

Утверждаю

(наименование должности уполномоченного лица)

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

(подпись)

(расшифровка подписи)

" " 20__ г.

"

" ,

' ,		83202309200
		008327000000000000
()		83 - -
()		" " " , "
		7203483317
		720301001
()		1197232017003
- ()		12300 -
()		16 -
() ()		
(,)		
		(-), ()
		625051, , 30 , 113 1be8ffa9-dc8c-4d85-b126-c114021e378f
,		LIPIHIN89@YANDEX.RU, +79091960863

<p>‘ ‘ ()</p> <p>‘</p>		
		1
		2
<p>‘</p> <p>()</p> <p>(‘)</p>		3
<p>- ‘</p>		4
		24.08.2022
<p>‘ ‘</p>		5
<p>‘</p>		6
<p>‘</p> <p>‘</p>		
<p>‘</p> <p>‘</p>		

1	40702810267450001762	047102651	30101810800000000651	1790	7203483317	890145001

1						

					/
1	041-01107-72/00587949	07.31.2020		625051, , . 113 , 3 , . 30	-
					():
					-
					:
					-
					:
					,
					-
					():
					-
					:

					/
1	041-01107-72/00587949	07.31.2020		629002, - , 39, 608-614, 619-629, 631-643, 630,	
					- :
					- :

，
()
()

1	629002, - 608-614, 619-629, 631-643, 39, 630,	83202309200001002	" "

, -

1	629002, - 39, 608-614, 619-629, 631-643, 630,	056		24	

,

,

1	029	" "	-		
			-		
			-		

,