

Утверждаю

(наименование должности уполномоченного лица)

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

(подпись)

(расшифровка подписи)

"__" ____ 20__ г.

"
",

,	,	83202309200
		00832700000000000
()		83 - -
()		" " ", "
		7203483317
		720301001
()		1197232017003
- ()		12300 -
()		16 -
(,)		- (), ()
		625051, , , 30 , 113 1be8ffa9-dc8c-4d85-b126-c114021e378f
,		LIPIHIN89@YANDEX.RU, +79091960863

, , ()		
		1
		2
,		3
()		
,		4
		24.08.2022
,		5
,		6
,		
,		

1	40702810267450001762	047102651	3010181080000000651	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, , , , , , 630, 39,	83202309200001002	" "

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

1	029	"	"	-		
				-		
				-		

