

**Свидетельство о регистрации страхователя
в территориальном фонде обязательного медицинского
страхования при обязательном медицинском страховании**

Настоящим подтверждается, что в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" на основании представленных сведений из ЕГРЮЛ

(наименование документов, сведения из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

(дата представления документов, получения сведений из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

заявитель Садоводческое некоммерческое товарищество "Полис-Н"

(наименование / фамилия, имя, отчество)

ИНН 5038035763 КПП 503801001 ОГРН 1035007560290

Место нахождения (место жительства) 141200, Московская обл, р-н Пушкинский, д Горенки,

Место нахождения обособленного подразделения _____

(заполняется при наличии обособленного подразделения)

зарегистрирован в качестве страхователя в ПУШКИНСКОМ ФИЛИАЛЕ

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

Регистрационный номер страхователя :

4	6	2	4	7	0	3	0	0	7	7	2	7	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(37- 5347)

Дата регистрации : 31 декабря 2003 года

Наименование и адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществившего регистрацию страхователя Пушкинский филиал, 141200 г.Пушкино, МО, ул.50 лет

Комсомола, д.47

тел. 993-41-14, 532-39-57

Контактный телефон территориального фонда обязательного медицинского страхования _____

Регистрацию страхователя осуществил : Главный специалист, Пантюхова Ирина Ивановна

(должность, фамилия, имя, отчество работника территориального фонда обязательного медицинского страхования)

(подпись)

26 апреля 2010 года

Печать территориального фонда
обязательного медицинского страхования,
осуществившего регистрацию страхователя

141200, Московская обл, р-н Пушкинский, д Горенки,

Садоводческое некоммерческое товарищество "Полис-Н"