

**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 предоставленных

сведений из ЕГРЮЛ

(наименование документов, сведения из ЕГРЮЛ/ЕГРИП)

06.10.2005

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

Шагаловский СДК

заявитель _____

(наименование / фамилия, имя, отчество)

ИНН .5425000359 КПП 542501001 ОГРН 1055464021238

Место нахождения (место жительства) _____ 632632, НСО,
_____ р-н Коченевский, Шагалово

Место нахождения обособленного подразделения _____

(заполняется при наличии обособленного подразделения)

зарегистрирован в качестве страхователя в **Новосибирском
областном фонде обязательного медицинского страхования**

Регистрационный номер страхователя

504010501341057

Дата регистрации " 07 " октября 2005г.

Новосибирский областной фонд обязательного медицинского страхования
630091, г.Новосибирск, ул. Красный проспект, 80

(наименование и адрес территориального фонда ОМС)

Контактный телефон 8-(383)-218-42-67

Регистрацию страхователя осуществил _____

вед.специалист

(должность)

Для регистрации
страхователя
(подпись)

Кузнецова И.Н.

(Ф.И.О.)

17.07.2006

