**Данные пациента для выполнения исследования по ОМС** (необходимо присылать в таблице)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество  |   |
| День месяц год рождения  |   |
| Номер СНИЛС  |   |
| Номер страхового полиса (ОМС)  |   |
| Дата выдачи полиса ОМС  |   |
| Страховая компания ОМС  |   |
| Серия и номер паспорта  |   |
| Дата выдачи  |   |
| Кем выдан  |   |
| Адрес регистрации  |   |

**Данные пациента для выполнения исследования не оплачиваемого в системе ОМС** (необходимо присылать в таблице)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество  |    |
| День месяц год рождения  |    |