**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 |  |