



1. «22» 09 2013 г. **ЗАО «МАКС-М» г. Москва**
название страховой медицинской организации (филиала)
11504, Москва, М. Ордынка, 50. т. (495) 786-45-31, 324-35-21
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
Саканян Н.С. / **Саканян Н.С.** / **Саканян Н.С.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

2. «17» 09 2013 г. **АО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОГАЗ-МЕДМОС» ОБЩ.**
название страховой медицинской организации (филиала)
115088, г. Москва, 2-й Южнопортовый пр-д, 16, стр. 1, 8-800-100-07-02
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
В.Д. ГУЩИНА / **В.Д. ГУЩИНА** / **В.Д. ГУЩИНА**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

3. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

4. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

5. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

6. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

7. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

8. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

9. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

10. « » 2013 г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)
_____ / **М.П.**
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / подпись

01 12 6501189