

ДОВЕРЕННОСТЬ

_____, Забайкальский край, Российская Федерация
(наименование населенного пункта)

Я, _____,
(дата прописью)

_____ (фамилия, имя, отчество),
дата рождения « ____ » _____ Г,

место рождения _____

имею (-ий, ая) документ, удостоверяющий личность _____,
(наименование документа)

серия _____ номер _____

выданный _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи _____

адрес места регистрации _____

доверяю _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____

имею (-ий, ая) документ, удостоверяющий личность _____,
(наименование документа)

серия _____ номер _____

выданный _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи _____

адрес места регистрации _____

подать от моего имени заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации либо о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса в страховую медицинскую организацию ГК «Забайкалмедстрах», получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования, бланк полиса обязательного медицинского страхования.

Подтверждаю, что не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи.

ПОДПИСЬ _____
(расшифровка подписи)

Настоящая доверенность удостоверена мной _____,
(фамилия, имя, отчество)

Доверенность подписана _____,
(фамилия, имя, отчество)

в моем присутствии.

М.П.

ПОДПИСЬ ЛИЦА,
ЗАВЕРИВШЕГО ДОВЕРЕННОСТЬ