

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

Я, _____,
(дата прописью)
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____

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

серия _____ номер _____

выданный _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи _____

проживающий по адресу _____

доверяю _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____

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

серия _____ номер _____

выданный _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи _____

проживающ (-ему, -ей) по адресу _____

получить за меня в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» полис
обязательного медицинского страхования.

ПОДПИСЬ _____
(расшифровка подписи)

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

Доверенность подписана _____,
(фамилия, имя, отчество)

в моем присутствии.

М.П.

ПОДПИСЬ ЛИЦА
ЗАВЕРИВШЕГО ДОВЕРЕННОСТЬ