

# 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.

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