

## ДОВЕРЕННОСТЬ

\_\_\_\_\_, Забайкальский край, Российская Федерация  
(наименование населенного пункта)

\_\_\_\_\_,  
(дата прописью)

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_ г., урожен(-ец, -ка) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(место рождения)

гражданин \_\_\_\_\_,

(наименование государства)

имею(-ий, ая) документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,

(наименование документа)

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выданный \_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи \_\_\_\_\_ г.,

адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

имеющ (-ий,ая) документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,  
(наименование документа)  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выданный \_\_\_\_\_,  
(наименование органа, выдавшего документ)  
дата выдачи \_\_\_\_\_,  
адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_,  
дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_ г.,

в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» в связи с выбором страховой медицинской организации, получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования, 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