

ОБРАЗЕЦ ДОВЕРЕННОСТИ

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Солотвычкар республика Коми
(наименование населенного пункта, субъект Российской Федерации (республика, край, область, округ))

Первое апреля две тысячи восемнадцатого года
(дата прописью)

Я, Горбунов Семеч Семеевич
(фамилия, имя, отчество доверителя)

дата рождения 01.01.2000 Г.,

место рождения г. Казачь респ. Дагестан

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

серия документа 1111 номер документа 222222

выданный УФМС РФ по Вологодской обл.
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 01.03.2018 Г.,

категория застрахованного лица (работающий/ неработающий) (нужное подчеркнуть)

страховой номер индивидуального лицевого счета 333-333-333 33

адрес регистрации по месту жительства в РФ Забайкальский

край г. Чита ул. Лермонтова, д. 2

дата регистрации по адресу места жительства в РФ 01.02.2018 г.

адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу,

отличному от адреса регистрации по месту жительства) Забайкальский

край Читинский р-н с. Покровка ул.
Читинская, д. 2 кв. 3

Доверяю Никоновой Степановне Николаевне
(фамилия, имя отчество доверенного лица)

дата рождения 02.02.1940 Г.,

имею (-ему, ей) документ, удостоверяющий личность паспорт
(наименование документа)

серия документа 5555 номер документа 999559

выданный ТП УФМС России по Кировской области
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 03.03.2003 Г.,

Зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» в связи с выбором (заменой) страховой медицинской организации

(переоформлением полиса), получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования, полис обязательного медицинского страхования.

Даю согласие ГК «Забайкалмедстрах» в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее-Закон), на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; на индивидуальное информирование и опрос, проводимые страховым представителем ГК «Забайкалмедстрах».

Даю согласие на получение информационных сообщений, содержащих уведомления ГК «Забайкалмедстрах» в сфере обязательного медицинского страхования.

Подтверждаю, что не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом.

Подтверждаю достоверность и полноту указанных сведений.

Подпись доверителя Горбунов Семен Семенович
(расшифровка подписи доверителя)

Настоящая доверенность удостоверена мной
Щекина Ивонна Александровна
(фамилия, имя отчество лица, удостоверяющего доверенность)

Доверенность подписана Горбуновым Семеном Семеновичем
(фамилия, имя отчество доверителя)

в моем присутствии Щекина Ивонна Александровна
(подпись лица, удостоверяющего доверенность).

М.П.

