

ОБРАЗЕЦ ДОВЕРЕННОСТИ

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Сыктывкар Республика Коми

(наименование населенного пункта, субъект Российской Федерации (республика, край, область, округ))

Седьмое апреля две тысячи восемнадцатого года

(дата прописью)

Я, Петрова Наталья Павловна

(фамилия, имя, отчество доверителя)

дата рождения 06.05.1991

Г.,

имею (-ий, ая) документ, удостоверяющий личность ПАСПОРТ

(наименование документа)

серия документа 01 01 номер документа 01 01 01

выданный ОВД г. Владивосток Приморского края

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 06.06.2016

Г.,

Доверяю Сидоровой Эльвире Петровне

(фамилия, имя отчество доверенного лица)

дата рождения 05.06.1992

Г.,

имею (-ему, ей) документ, удостоверяющий личность ПАСПОРТ

(наименование документа)

серия документа 10 10 номер документа 10 10 10

выданный Ачинским РОВД АБАО Читинской обл.

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи 05.05.2007

Г.,

Зарегистрировать гражданина, законным представителем которого я являюсь,

Петрова Павла Сидоровича

(фамилия, имя отчество застрахованного лица)

дата рождения 01.04.2018

Г.,

место рождения г. Москва Российской Федерации

имеющего документ, удостоверяющий личность свидетельство о рождении

(наименование документа)

серия документа I-ВВ номер документа 777777

выданный Органом ЗАГС г. Москва п-5 МРЧ р-на Южный

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 02.04.2018

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

страховой номер индивидуального лицевого счета 010-010-01001

адрес регистрации по месту жительства в РФ г. Москва

ул. 8 Марта, д. 15 корпус 5, кв. 1

дата регистрации по адресу места жительства в РФ 03.04.2018

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

отличному от адреса регистрации по месту жительства) Забайкальский

край г. Чита проспект Радеева д. 6 кв. 3

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, а также персональных данных лица, представителем которого я являюсь, 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 представляемый мною гражданин не является 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".

Подтверждаю достоверность и полноту указанных сведений.

Подпись доверителя Петрова Наталья Павловна
(расшифровка подписи доверителя)

Настоящая доверенность удостоверена мной
Новиковой Ханной Захаровной
(фамилия, имя отчество лица, удостоверяющего доверенность)

Доверенность подписана Петровой Натальей Павловной
(фамилия, имя отчество доверителя)

в моем присутствии Петрова Наталья Павловна
(Подпись лица, удостоверяющего доверенность)

М.П.

