

ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. _____
(указывается город)

_____ (число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ Г.,

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

_____ (Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ Г.,

от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации ООО ВТБ МС:

Регистрировать _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ Г., зарегистрирован(а) по
адресу: _____

законным представителем которого я являюсь, в качестве застрахованного лица, а также:

1. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
2. Подавать заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса.
3. Получать временное свидетельство.
4. Получать полис обязательного медицинского страхования.
5. Подавать и получать иные документы и сведения, связанные с выполнением этого поручения.
6. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

Срок действия доверенности до « ____ » _____ 201__ г.

Доверенность выдана без права передоверия.

_____ (Фамилия, Имя, Отчество доверителя)

_____ (подпись)