

ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. _____
(указывается город)

_____ (число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

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

настоящей доверенностью уполномочиваю _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

_____ паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ г., от моего имени совершать
следующие действия в выбранной страховой медицинской организации
ООО ВТБ МС:

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

Срок действия доверенности до « ____ » _____ 20 ____ г.
Доверенность выдана без права передоверия.

(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)

(подпись)