

## Доверенность

Г. \_\_\_\_\_  
(указывается город)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(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., зарегистрированного(ой) по  
адресу \_\_\_\_\_

от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации ООО «МСК «ИНКО-МЕД»:

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц.
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования.
4. Получать полис обязательного медицинского страхования.
5. Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
6. Оформлять и получать пластиковую карту лояльности ООО «МСК «ИНКО-МЕД».
7. Подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением этого поручения.
8. Давать согласие на обработку персональных данных.
9. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

Срок действия доверенности до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Доверенность выдана без права передоверия.

Доверенное лицо: \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Доверитель: \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

\_\_\_\_\_ (подпись)