

Доверенность

Г. _____
(указывается город)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ г.,
являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

_____ д.р., свидетельство о рождении (паспорт) серия _____ № _____ выдан(о)

_____ « ____ » _____ г., зарегистрированного по

адресу: _____
_____ (далее – Ребенок)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ « ____ » _____ г., зарегистрированного по

адресу: _____

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

_____ :
(Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

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)