

Место выдачи _____
Дата выдачи _____ 202_ г.

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
_____ года рождения, родившийся в _____
(дата рождения) (место рождения)
являющийся гражданином _____,
(указывается страна либо указывается «лицо без гражданства»)
документ, удостоверяющий личность _____¹, серия _____ номер _____,
выдан(кем) _____
_____ дата выдачи _____
вид на жительство ² _____
зарегистрированный по месту жительства по адресу _____
_____ дата регистрации _____
зарегистрированный по месту пребывания³ _____
_____ дата регистрации _____
СНИЛС _____ Контактная информация _____
(номер телефона, адрес электронной почты)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
выдан (кем) _____ дата выдачи _____
Контактная информация _____
(номер телефона, адрес электронной почты)

Представлять мои интересы (интересы моего ребенка, документ удостоверяющий личность ребенка серия _____ номер _____) в Обществе с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» (ООО «СМК РЕСО-Мед») по вопросам, связанным с осуществлением моих прав и исполнением обязанностей в сфере обязательного медицинского страхования, для чего предоставляю ему (ей) следующие права (нужное подчеркнуть):

- право зарегистрировать меня в ООО «СМК РЕСО-Мед» в качестве застрахованного лица;
- право подачи заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц;
- право подачи заявления о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования;
- право подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- право подачи заявления о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования;
- право подачи заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;
- право подачи запроса на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования;
- право получения выписки из единого регистра застрахованных лиц о полисе обязательного медицинского страхования;
- право получения уведомления о возможности прохождения профилактических мероприятий;
- право подачи, получения и подписания документов, необходимых для выполнения иных юридических и фактических действий, связанных с исполнением настоящего поручения.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Полномочия подписи представителя _____ удостоверяю.
(подпись представителя)

(подпись доверителя) (расшифровка подписи)

¹ паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, удостоверение беженца, паспорт иностранного гражданина;

² для иностранного гражданина, для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации;

³ для иностранного гражданина, для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации;

⁴ максимальный срок доверенности – 3 года