

ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. _____
(указывается город)

_____ (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., от моего имени совершать следующие
действия в выбранной страховой медицинской организации ООО «Страховая
медицинская компания «УГМК-Медицина» в отношении Ребенка:

_____ (Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

1. Регистрировать его 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)