

ДОВЕРЕННОСТЬ

Город, село _____

Дата прописью _____

Я, (далее - Доверитель) _____

(ФИО полностью),

дата рождения ____ / ____ / ____ г. (формат ДД/ММ/ГГ),

паспорт серия /номер _____ № _____, выдан _____

дата выдачи: ____ / ____ / ____ г. (формат ДД/ММ/ГГ)

адрес регистрации _____

дата регистрации ____ / ____ / ____ г.

домашний тел: 8(42____)_____, сотовый тел(федеральный): 8(____)____ - ____ - _____,

доп.контакт (тел. родственника) _____, e-mail _____.

(при наличии)

в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н, в целях реализации прав в сфере обязательного медицинского страхования

Доверяю представлять интересы моего ребенка _____

(ФИО ребенка полностью),

дата рождения ____ / ____ / ____ г.

(формат ДД/ММ/ГГ),

Св-во о рождении /паспорт (нужное подчеркнуть) _____ № _____

Дата выдачи ____ / ____ / ____ г. (формат ДД/ММ/ГГ),

адрес: _____

дата регистрации ____ / ____ / ____ г.

(формат ДД/ММ/ГГ),

Сотовый телефон (федеральный): 8 (____) ____ - ____ - ____ (при наличии, для лиц старше 14 лет)

Своему представителю (далее – Доверенное Лицо) _____

(ФИО доверенного лица полностью),

дата рождения ____ / ____ / ____ г.

паспорт _____ № _____, выдан _____

дата выдачи ____ / ____ / ____ г. адрес регистрации/проживания _____

(формат ДД/ММ/ГГ)

контактный тел : 8 (____) ____ - ____ - _____

совершать от моего имени следующие действия в ООО СМО «Восточно-страховой альянс»:

- обращаться с заявлением о включении в единый регистр застрахованных лиц;
- обращаться с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- обращаться с заявлением о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования;
- обращаться с заявлением о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования;
- обращаться с заявлением о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;
- подавать запросы на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования
- получать выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования
- заполнять и подписывать вышеуказанные заявления;
- при необходимости для выполнения указанных выше действий, подавать и получать иные документы, расписываться в журналах выдачи документов, иных документах.

Настоящая доверенность выдана сроком на один год.

Подпись Доверителя: _____ / _____
(расшифровка подписи)

Подпись Доверенного Лица: _____ / _____
(расшифровка подписи)