

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ 201 год

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Место рождения _____

Наименование документа _____ серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Зарегистрированный(ая) по адресу _____

Дата регистрации _____

СНИЛС (страховое пенсионное свидетельство) _____

Контактный телефон _____

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ « Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 15.02.2011г. № 74, в целях реализации прав на выбор (замену) страховой медицинской организации

ДОВЕРЯЮ представлять интересы (ФИО ребенка) _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Св-во о рождении (паспорт) _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

СНИЛС (страховое пенсионное свидетельство) _____

Своему представителю заполнять и подписывать от моего имени заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, получать временное свидетельство и полис ОМС единого образца, расписываться в журналах выдачи документов

Согласен(на) на обработку персональных данных ребенка (ФИО, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, СНИЛС, номер полиса ОМС, дата регистрации в качестве застрахованного лица, статус застрахованного(работающий, неработающий) в целях осуществления медико-профилактических услуг, оказания медицинских и медико-социальных услуг, для обеспечения гарантий прав застрахованного на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и объема, с соблюдением Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации ». Согласие действует на срок действия полиса ОМС.

Представитель: _____

(Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Место рождения _____

Наименование документа _____ серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Контактный телефон _____

Настоящая доверенность выдана сроком на один год

Подпись доверителя _____

Подпись лица получившего доверенность _____

* при заполнении доверенности исправления не допускаются