

ДОВЕРЕННОСТЬ

«__» _____ 201 год

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Место рождения _____

Наименование док-та _____ серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Зарегистрированный(ая) по адресу _____

Дата регистрации _____

Фактическое проживание _____

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

_____ (Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Место рождения _____

Наименование док-та _____ серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Контактный телефон _____ -

Быть моим представителем в АО Страховая Группа «Спасские ворота-М» филиал Владивостокский, 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 моих персональных данных(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.

Настоящая доверенность выдана сроком на один год

Подпись доверителя _____

Подпись лица получившего доверенность _____

*при заполнении доверенности исправления не допускаются