

ДОВЕРЕННОСТЬ

Серия _____ № _____

(проставляется сотрудником ООО СМК «Урал-Рецепт М»)

_____ *(место выдачи доверенности)*

_____ *(дата выдачи доверенности)*

Я, ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РЕБЕНКА (данные доверителя):

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Паспорт серия _____ № _____ дата _____
выдан _____

(паспортные данные доверителя - законного представителя ребенка)

код подразделения, выдавшего паспорт _____

СНИЛС _____

Адрес и дата регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

РЕБЕНОК (данные ребенка):

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Свидетельство о рождении либо паспорт несовершеннолетнего ребенка:

серия _____ № _____

выдано _____ дата _____

код подразделения, выдавшего паспорт _____

СНИЛС _____

Адрес и дата регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

ДОВЕРЯЮ (данные доверенного лица):

_____ *(фамилия, имя, отчество доверенного лица полностью)*

Паспорт серия _____ № _____

выдан _____ дата _____

код подразделения, выдавшего паспорт _____

СНИЛС _____

(данные доверенного лица)

Адрес и дата регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

быть представителем моего ребенка для регистрации в качестве застрахованного лица в ООО СМК «Урал-Рецепт М».

Для выполнения указанных полномочий доверенному предоставляется право:

-подавать и подписывать заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, получать полис обязательного медицинского страхования, а также совершать все действия, связанные с выполнением настоящего поручения, для чего разрешаю использовать персональные данные моего ребенка, включая биометрические персональные данные.

Настоящая доверенность выдана сроком до (не менее 3-х месяцев) _____

ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ *(фамилия, имя, отчество полностью и подпись)*

(ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)