

Доверенность

НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Администрация _____, наделенная государственными полномочиями по осуществлению деятельности по опеке и попечительству в отношении несовершеннолетних лиц, уполномочивает специалиста отдела _____

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____
паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ г., в отношении несовершеннолетнего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
свидетельство о рождении (паспорт) серия _____ № _____ выдан

« ____ » _____ г., зарегистрирован по адресу:

дата регистрации _____ СНИЛС _____ (далее – Ребенок)

- совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации АО «Страховая компания «Чувашия-Мед» в отношении Ребенка:
- оформить, подписать и подать от моего имени заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в АО «Страховая компания «Чувашия-Мед»;
- получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования;
- получить полис обязательного медицинского страхования единого образца;
- расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением данного поручения.

Глава администрации

Подпись

М.П.