

Место выдачи доверенности \_\_\_\_\_

Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., родившийся \_\_\_\_\_,  
(дата рождения) (место рождения)

\_\_\_\_\_, являющийся гражданином \_\_\_\_\_,  
(указывается страна либо указывается «лицо без гражданства»)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан (кем) \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_,

вид на жительство<sup>2</sup> серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, дата регистрации \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по месту пребывания<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, дата регистрации \_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_,  
Контактная информация \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,

(номер телефона)

(адрес электронной почты)

**настоящей доверенностью уполномочиваю** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан (кем) \_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_, Контактная информация \_\_\_\_\_,  
(номер телефона)

**представлять интересы моего несовершеннолетнего ребёнка** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
(дата рождения)

родившегося \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
(место рождения) (свидетельство о рождении, паспорт)

выдан (кем) \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_,  
зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_,

дата регистрации \_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_, Контактная информация \_\_\_\_\_,  
(номер телефона)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» (ООО «СМК РЕСО-Мед») по вопросам, связанным с осуществлением его прав в сфере обязательного медицинского страхования, для чего предоставляю доверенному лицу \_\_\_\_\_ следующие права:

(Фамилия И.О. доверенного лица)

- право зарегистрировать моего ребёнка в ООО «СМК РЕСО-Мед» в качестве застрахованного лица;
- право подачи заявления о включении моего ребёнка в единый регистр застрахованных лиц;
- право подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, либо заявления о переоформлении полиса ОМС;
- право подачи запроса на предоставление и получение выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования;
- право подачи заявления о сдаче (утрате) полиса ОМС на материальном носителе;
- право подачи заявления о приостановлении действия полиса ОМС;
- право получения уведомления о возможности прохождения профилактических мероприятий;
- право подачи, получения и подписания документов, необходимых для выполнения иных юридических и фактических действий, связанных с исполнением настоящего поручения.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_<sup>4</sup> без права передоверия.

Полномочия и подпись представителя \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(подпись представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись доверителя) (расшифровка подписи)

**Доверенность действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорта) представителя.**

<sup>1</sup> паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, удостоверение беженца, паспорт иностранного гражданина, документ лица без гражданства;

<sup>2</sup> для иностранного гражданина, для лица без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации;

<sup>3</sup> для иностранного гражданина, для лица без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации;

<sup>4</sup> максимальный срок доверенности – 3 года