

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Свободный Амурской обл.
(наименование населенного пункта, субъекта Российской Федерации (республики, края, области, округа))

Первое апреля две тысячи девятнадцатого года
(дата прописью)

Я, Васильев Петр Николаевич
(фамилия, имя, отчество доверителя в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

дата рождения 01.02.2000 г.,

место рождения г. Пермь
(указывается в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

имею(-ий, ая) документ, удостоверяющий личность паспорт
(наименование документа)

серия документа 0101 номер документа 101010

выданный ОВД г. Владивосток
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 14.03.2014 г.,

(работаю(-ий, ая)/ неработаю(-ий, ая)
(нужное подчеркнуть)

страховой номер индивидуального лицевого счета 100-100-100 00

адрес регистрации по месту жительства в РФ г. Уста ул. Советская, д. 15 кв. 1 Забайкальский край 672014

дата регистрации по адресу места жительства в РФ 01.03.2018

адрес места пребывания Забайкальский край Улукисинск
рп. с. Размахино ул. Новая, д. 8 кв. 2
(указывается в случае пребывания по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства)

Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован(-а) на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию) Бурятский филиал ОАО «Сурскоев компания Согаз-Мед»

Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в РФ¹:
вид документа _____

серия документа _____ номер документа _____

выданный _____
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа _____ г.,

срок действия вида на жительство (разрешения на временное проживание)

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством - члена ЕАЭС в т.ч. дата его подписания и срок действия _____

¹ Для лиц, не являющихся гражданами РФ

Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории РФ _____

Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания²: _____

Доверяю Завьялов Артур Степанович,
(фамилия, имя отчество доверенного лица в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)
дата рождения 10.12.1980 Г.,

имею (-ему,ей) документ, удостоверяющий личность паспорт,
(наименование документа)
серия документа 7610 номер документа 761076,

выданный ОУМНС ФР по Заб. краю В Зубинском р-не,
(наименование органа, выдавшего документ)
дата выдачи документа 26.12.2010 Г.,


Зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» в связи с выбором (заменой) страховой медицинской организации (переоформлением полиса), подать заявление о выдаче дубликата или переоформлении полиса, получить полис обязательного медицинского страхования.

Даю согласие ГК «Забайкалмедстрах» в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее-Закон), на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных доверенным лицом своих персональных данных, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; на индивидуальное информирование и опрос, проводимые страховым представителем ГК «Забайкалмедстрах».

Даю согласие на получение информации от ГК «Забайкалмедстрах» и взаимодействие при предоставлении информации, на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи при личном обращении, посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной, почтовой связи и адресного обхода. О возможности и способе отказа от получения информационных сообщений извещён.

Подтверждаю, что не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации", военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом.

Подтверждаю достоверность и полноту указанных сведений.

Подпись доверителя:  Васильев Петр Николаевич
(фамилия, имя, отчество доверителя)

² Для лиц, не являющихся гражданами РФ