

Доверенность НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Г. _____
(указывается город)

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____
 паспорт серия _____ № _____ выдан _____
 _____ « _____ » _____ г., являясь главным врачом,
 где на _____ стационарном _____ лечении
 находится _____
 (фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____
 паспорт серия _____ № _____ выдан _____
 « _____ » _____ г., зарегистрирован по адресу:

дата регистрации _____ СНИЛС _____ (далее – пациент),
 настоящей доверенностью уполномочиваю _____
 (фамилия, имя, отчество)

_____ паспорт серия _____ № _____ выдан _____

« _____ » _____, дата рождения: _____ года,
 от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской
 организации АО «Страховая компания «Чувашия-Мед» в отношении Пациента:
 - 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.

Доверенность выдана без права передоверия.

(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

(подпись)

Главный врач _____
(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

(подпись)

М.П.