**Д О В Е Р Е Н Н О С Т Ь**

г. Новосибирск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.

 Я, (доверитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , настоящей доверенностью доверяю гражданину (представителю):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г., паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию **в ООО «СМО «СИМАЗ-МЕД»** с правом предоставления моих персональных данных, предоставлять от моего имени согласия на получение мною любой информации отООО «СМО «СИМАЗ-МЕД», получить для меня:

- временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС,

- полис обязательного медицинского страхования

в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», расписываться от моего имени под всеми документами и выполнять все действия, связанные с данным поручением.

**Доверенность действительна по “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.**

Ф.И.О. доверителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ф.И.О. представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ удостоверяю