**Доверенность**

г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Доверитель), паспорт серии \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_-\_\_\_\_, выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован (а) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_г., **доверяю** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Доверенное лицо), паспорт серии \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **подавать** в страховую медицинскую организацию АО «МАКС-М» от имени Доверителя заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявление о переоформлении полиса или выдаче дубликата полиса, а также **получать** временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и полис обязательного медицинского страхования.

Настоящая доверенность выдана сроком на 1(один) год без права передоверия.

Подпись Доверителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Доверенного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_