

**Доверенность  
на регистрацию в качестве застрахованного лица  
в АО «МСК «Новый Уренгой»**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Я, \_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_, (далее - Доверитель),  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(кем выдан, когда выдан)

**доверяю**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**подавать** в страховую медицинскую организацию АО «Медицинская страховая компания «Новый Уренгой» от имени Доверителя заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявление о выдаче полиса обязательного медицинского страхования, (выдаче дубликата) или переоформлении полиса, а также получать временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования и полис обязательного медицинского страхования.

Настоящая доверенность выдана сроком на один год без права передоверия.

Подпись Доверителя \_\_\_\_\_