

Доверенность

г. Екатеринбург

«__» _____ 201_ г.

Я, _____
(паспорт серия _____ № _____, выдан «__» _____ г.,

зарегистрированный (-ая) по адресу: _____
_____),

доверяю _____
(паспорт серия _____ № _____, выдан «__» _____ г.,

зарегистрированному (-ой) по адресу: _____
_____),

передать мои персональные данные, все необходимые документы в ООО СМК «УГМК-Медицина», подписать за меня заявление о выборе (замене) страховой медицинской компании и согласие на обработку персональных данных, получить оформленное временное свидетельство обязательного медицинского страхования, полис единого образца, в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и даю согласие ФФОМС, ТФОМС СО, ООО СМК «УГМК-Медицина», уполномоченным ими третьим лицам, на обработку моих персональных данных любыми способами, установленными Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с целью осуществления медицинского страхования, информирования меня о программах страхования и иных целей, связанных с обязательным медицинским страхованием.

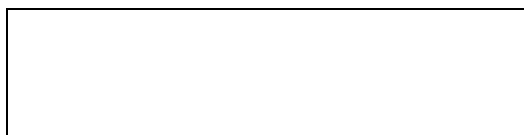
Срок использования и обработки персональных данных до момента моего письменного уведомления об отзыве настоящего согласия.

Подпись доверенного лица: _____
удостоверяю.

(Ф.И.О)

Подпись доверителя:

(подпись) / _____
(Ф.И.О)



Образец подписи доверителя