Место выдачи доверенности Дата выдачи 202\_ г.

# ДОВЕРЕННОСТЬ

**Я**, ,

(фамилия, имя, отчество полностью)

 года рождения, родившийся в

(дата рождения) (место рождения)

 , являющийся гражданином ,

(указывается страна либо указывается «лицо без гражданства»)

документ, удостоверяющий личность [1](#_bookmark0), серия номер выдан (кем)

 дата выдачи

зарегистрированный по месту жительства по адресу2

 дата регистрации

СНИЛС Контактная информация

(номер телефона, адрес электронной почты)

# настоящей доверенностью уполномочиваю

(фамилия, имя, отчество полностью)

 ,являющегося

(указывается отношение к застрахованному лицу)

документ, удостоверяющий личность серия номер

выдан (кем)

 дата выдачи

Контактная информация

(номер телефона, адрес электронной почты)

представлять мои интересы в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики (ТФОМС ЛНР) по вопросам, связанным с осуществлением моих прав и исполнением обязанностей в сфере обязательного медицинского страхования, для чего предоставляю ему (ей) следующие права:

# право зарегистрировать

(фамилия, имя, отчество полностью)

в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики в качестве застрахованного лица;

* право получения полиса обязательного медицинского страхования;
* право подачи, получения и подписания документов, необходимых для выполнения иных юридических и фактических действий, связанных с исполнением настоящего поручения.

Доверенность выдана сроком на 1 год без права передоверия. Полномочия и подпись представителя удостоверяю.

**(подпись представителя)**

 ( )

(**подпись доверителя)** (расшифровка подписи)

1 паспорт гражданина Российской Федерации,

2 паспорт гражданина Луганской Народной Республики (для подтверждения адреса места регистрации;