

ДОВЕРЕННОСТЬ

_____ (место составления),
_____ (дата)

Я,

_____,

(фамилия, имя, отчество пациента – доверителя полностью)

«__» _____ года рождения, _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность)

выдан

от _____

_____ код _____

подразделения _____

зарегистрированный(ая), _____

по _____

адресу: _____

доверяю

(фамилия, имя, отчество поверенного полностью)

«__» _____ года рождения, _____ серия _____ № _____

(вид документа, удостоверяющего личность)

выдан

от _____

код _____

подразделения _____

зарегистрированному(ей) по адресу: _____

получить справку об оплате медицинских услуг в ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» для предоставления в налоговые органы РФ, а также расписываться и совершать все действия, связанные с данным поручением.

Доверенность выдана на срок 2 (два) месяца без права передоверия другим лицам.

Подпись доверенного лица _____ / _____ .

Доверитель _____ / _____ .