Доверенность

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

Я, (Фамилия Имя Отчество), (дата рождения) года рождения, паспорт серии \_\_\_ № \_\_\_\_, выданный (кем выдан) (дата выдачи) г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящей доверенностью уполномочиваю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО), (дата рождения) года рождения, паспорт серия \_\_\_ № \_\_\_\_, выданный (кем выдан) (дата выдачи) г., зарегистрированного(ую) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получать в аптечных организациях назначенные и выписанные мне лечащим врачом лекарственные препараты, расписываться за меня и совершать иные действия, необходимые для надлежащего исполнения настоящего поручения.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ года.

Полномочия по настоящей доверенности (не) могут быть передоверены другим лицам.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

(Удалить перед печатью)

Впишите данные в скобках и пропусках, скобки и подчеркивания удалить перед печатью.

При проблемах с получением лекарств обращайтесь на горячую линию помощи онкобольным 8-800-100-0191.