

## 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)