ДОВЕРЕННОСТЬ № б/н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| « » |  | 20 год |

Мы нижеподписавшиеся,

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |

ФИО, дата рождения, паспорт серия №, выдан, зарегистрирован по адресу, контактный телефон

|  |  |
| --- | --- |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| ... |  |

настоящей доверенностью уполномочиваем

|  |
| --- |
|  |

ФИО, дата рождения, паспорт серия №, выдан, зарегистрирован по адресу, контактный телефон

представлять наши интересы в ФГБУ «Центр госсанэпиднадзора» со следующими полномочиями:

заключение от нашего имени договора на оформление, выдачу и учет личной медицинской книжки, для чего ему предоставляется право подписывать указанный договор, предоставлять необходимые сведения и документы, вносить наличные денежные средства в кассу, получать готовые медицинские книжки на руки.

Настоящая доверенность выдана сроком по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года включительно, без права передоверия полномочий третьим лицам.

Подпись уполномоченного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО полностью

удостоверяем.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | / |

 подпись ФИО полностью

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. |  | / |
| 3. |  | / |
| 4. |  | / |
| 5. |  | / |
| ... |  |  |

Подлинность вышеуказанных подписей подтверждаю

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель, начальник отдела кадров организации (сокращенное наименование) |  | / |

подпись ФИО полностью

М.П.