

# ДОВЕРЕННОСТЬ

## НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

Г. \_\_\_\_\_  
(указать место выдачи доверенности)

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

Доверяю \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

заказать и получить в ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД» справки об оказанных мне  
медицинских услугах за период:

\_\_\_\_\_ Г.

\_\_\_\_\_ Г.

\_\_\_\_\_ Г.

а также расписаться в получении указанных справок.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ без права передоверия.  
(указать срок доверенности: не менее 2 месяцев и не более 3 лет)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью) (подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)