

**ДОВЕРЕННОСТЬ от \_\_\_\_\_**  
(дата выдачи доверенности)

\_\_\_\_\_ (место выдачи доверенности – наименование учреждения здравоохранения, организации)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. доверителя полностью)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
настоящей доверенностью уполномочиваю

\_\_\_\_\_ ,  
(Ф.И.О. доверенного лица полностью, в родительном падеже)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., зарегистрированного(ую) по  
адресу: \_\_\_\_\_  
проживающего(ую) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
получить в Государственном автономном профессиональном образовательном учреждении  
Саратовской области «Саратовский областной базовый медицинский колледж» **сертификат  
специалиста, удостоверение о повышении квалификации, диплом о профессиональной  
переподготовке и приложение к нему,**

(необходимое подчеркнуть)

расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением этого поручения.  
Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.  
Срок действия доверенности \_\_\_\_\_ дней.

Доверитель:

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

Подпись доверенного лица гр. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. доверенного лица) (подпись)

**Удостоверяю.**

Начальник отдела кадров:

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

ПЕЧАТЬ ОРГАНИЗАЦИИ

Конт. телефон отдела кадров учреждения здравоохранения,  
организации \_\_\_\_\_