

ДОВЕРЕННОСТЬ от _____
(дата выдачи доверенности)

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)

Копия паспорта доверителя и доверенного лица прилагаются.

Телефон доверителя _____

Телефон доверенного лица _____