|  |
| --- |
| **ДОВЕРЕННОСТЬ** |
| г. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | место выдачи |  |  |  |  |  | дата |  |
| Мы, ниже подписавшиеся слушатели цикла |  |
|  |
| (название цикла) |
| настоящей доверенностью уполномочиваем |  |
|  |
| Фамилия, Имя, Отчество (кого уполномочиваем) |
| паспорт серии |  | № |  | выдан |  |
|  |
| (наименования органа, выдавшего паспорт, дата выдачи) |
| быть нашим представителем в соответствующих компетентных органах, организациях, учреждениях г. Пятигорска Ставропольского края, Р.Ф., в том числе в Пятигорском медико-фармацевтическом институте - филиале ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России по вопросу получения удостоверений о повышении квалификации на наше имя, для чего представляем право получать необходимые документы, расписываться за нас и совершать все действия и формальности, связанные с выполнением этого поручения. |
| Доверенность выдана сроком на три месяца, полномочия по настоящей доверенности не могут быть передоверены другим лицам. |
| Содержание настоящей доверенности прочитано нами лично и зачитано нам вслух. |
| **№ пп** | **Ф.И.О.** | **паспортные данные** | **подпись** |
|  |  |    |   |
|  |  |    |   |
|  |  |    |   |
|  |  |    |   |
|  |  |  |  |
| Подписи слушателей заверяю |
|  |  |   |  | / / |
| должность | подпись | Фамилия и инициалы |

 МП