|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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