

**Доверенность
на получение справки об оплате медицинских услуг**

г. Магнитогорск

_____ 20__ г.

Я, _____,

паспорт _____, выдан _____

_____ года, зарегистрированному по адресу:

настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____ (Ф.И.О. доверенного полностью) паспорт серии _____ N _____, выдан _____ " " _____ г на представление моих интересов в ООО МЦ «Семейный доктор» для получения справки об оплате медицинских услуг в ООО МЦ «Семейный доктор» для представления в налоговые органы, в том числе расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением этого поручения.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы третьим лицам.
Настоящая доверенность выдана сроком на один год.

Доверитель: _____ / _____

Доверенный: _____ / _____