

Д О В Е Р Е Н Н О С Т Ь

_____ (дата составления доверенности)

_____ (место составления доверенности)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения, серия и номер паспорта гражданина Российской Федерации, кем и когда выдан, адрес регистрации, адрес фактического проживания) уполномочиваю настоящей доверенностью _____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения, серия и номер паспорта гражданина Российской Федерации, кем и когда выдан, адрес регистрации, адрес фактического проживания) на получение в аптечных организациях Архангельской области лекарственных препаратов, назначенных мне лечащим врачом в соответствии с оформленными в установленном порядке рецептами, расписываться за меня и совершать иные действия, необходимые для надлежащего исполнения настоящего поручения.

Настоящая доверенность выдана без права передоверия и действительна до _____ (дата окончания действия доверенности).

Подпись _____ удостоверяю
(подпись поверенного) (фамилия, имя, отчество поверенного)

_____ (фамилия, имя, отчество доверителя)

_____ (подпись доверителя)