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)