**ДОВЕРЕННОСТЬ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата составления доверенности) |  | (место составления доверенности) |

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
| (фамилия, имя, отчество) |
|  |  |  |
| (дата рождения) |  | (серия и номер паспорта гражданина РФ) |
|  |
| (кем выдан и когда) |
|  |
| (адрес регистрации) |
|  |
| (адрес фактического проживания) |
| уполномочиваю настоящей доверенностью |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |
|  |  |  |
| (дата рождения) |  | (серия и номер паспорта гражданина РФ) |
|  |
| (кем выдан и когда) |
|  |
| (адрес регистрации) |
|  |
| (адрес фактического проживания) |

на получение в аптечных организациях Архангельской области лекарственных препаратов, назначенных мне лечащим врачом в соответствии с оформленным в установленными 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) |