

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Петрозаводск _____ 202_ г. года

Я, _____,
_____ года рождения, паспорт серия _____ № _____,
выдан _____
(кем, когда) _____ (код подразделения)
проживающий по адресу: _____

настоящей доверенностью уполномочиваю:

_____ года рождения, паспорт серия _____ № _____,
выдан _____
(кем, когда) _____ (код подразделения)
проживающий по адресу: _____

Получить* за меня Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы в ООО
«Центр костно-суставной патологии (Костная Клиника, Фрау Клиник)/ ООО «КМЦ»(Здравляндия, Поликлиник)
(нужное подчеркнуть)

за _____
налоговый(е) период(ы)

Доверенность выдана сроком на _____, полномочия по настоящей доверенности не могут быть передоверены другим лицам.

Доверитель _____ / _____ /
подпись (ФИО)

« _____ » _____ 202_ года

*Справка считается полученной Доверителем при наличии в корешке Справки подписи получателя, соответствующей подписи доверенного лица

Раздел обязателен к заполнению

Раздел заполняется организацией заверителем доверенности*

Подпись _____ удостоверяю,
Руководитель организации/уполномоченное лицо _____,
Юридический адрес организации _____
ИНН организации _____

м.п.

_____ / _____ /
(подпись)

(Ф.И.О.)