Доверенность
на однократное получение медицинских документов

Санкт-Петербург _____ _____ 20____г.

Я, _____ ,

зарегистрирован(а) по адресу: _____

_____

ИНП _____ контактный телефон: _____

настоящим предоставляю _____ ,

паспорт ___ ____ _____ , выдан _____ _____ _____ года, зарегистрированному по адресу:

_____

контактный телефон _____

право получить медицинские документы мои ☐, моего ребенка ☐, иного лица, законным представителем

которого я являюсь ☐: _____

___ ____ _____ года рождения, ИНП _____,

Я уведомлен и согласен с тем, что выдача некоторых копий медицинских документов, выписок, эпикризов и т.д. является платной услугой, и гарантирую оплату моим доверенным лицом.

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

_____ /_____