

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. _____ « ____ » _____ 202__ г.

Я, _____ дата рождения _____

(Ф.И.О.)

паспорт _____ (серия) № _____

выдан _____

(наименование выдавшего органа)

дата выдачи _____, код подразделения _____,

зарегистрирован(а) по адресу: _____

являюсь покойному/-ной _____

(Ф.И.О.)

супругом, родителем, близким родственником, иным родственником, иным лицом, взявшем на себя
обязанность осуществить погребение умершего

(нужное подчеркнуть)

ДОВЕРЯЮ

_____ (наименование организации/ индивидуальный предприниматель)

ИНН _____, в _____ лице _____ представителя

_____ дата рождения _____

(Ф.И.О.)

паспорт _____ (серия) № _____

выдан _____

(наименование выдавшего органа)

дата выдачи _____, код подразделения _____,

зарегистрирован по адресу: _____

быть моим представителем в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения
«Челябинское областное патологоанатомическое бюро» для совершения следующих действий:

получить в патологоанатомическом отделении ГБУЗ ЧОПАБ медицинское свидетельство о смерти
_____ с правом подписи необходимых документов, оформляемых в бюро.

Настоящая доверенность действительна до « ____ » _____ 202__ г.

Подпись моего представителя _____ / _____ /удостоверяю.

подпись

Ф.И.О.

Доверитель _____ / _____ /

(подпись)

Ф.И.О.