

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 на основании _____
(документ, подтверждающий родство),

иным родственником, иным лицом, взявшим на себя обязанность осуществить погребение умершего **(нужное подчеркнуть)**

ДОВЕРЯЮ

_____ (наименование организации/ индивидуальный предприниматель)
ИНН _____, в лице ее/его представителя
_____ дата рождения _____
(Ф.И.О.)

паспорт _____ (серия) № _____

выдан _____
(наименование выдавшего органа)

дата выдачи _____, код подразделения _____,
зарегистрированному 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 ГБУЗ
ЧОПАБ.

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

Подпись моего представителя _____ / _____ /удостоверяю.
подпись Ф.И.О.

Доверитель _____ / _____ /
(подпись) Ф.И.О.