

Доверенность

для посещения ведомств и врачей

Я, нижеподписавшийся(-аяся)

(Имя и фамилия)

дата рождения: _____, проживающий(-ая)

(Улица, номер дома, почтовый индекс, населенный пункт)

настоящим уполномочиваю

(Имя и фамилия доверенного лица / сопровождающего лица)

от моего имени

- в ведомствах (например, в Ведомстве по делам иностранцев, Центре занятости, Ведомстве социального обеспечения) подавать заявления, получать решения и запрашивать информацию,

- у врачей и в больницах участвовать в беседах, запрашивать информацию и сопровождать меня на приемах.

Доверенное лицо действует по моему поручению. Я оставляю за собой право в любое время отозвать данную доверенность в письменной форме.

(Место, дата)

(Подпись доверителя)