

ДОВЕРЕННОСТЬ

____.____.____.2017 г.
дата

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

прописан (-а) по адресу: _____

доверяю _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

прописан (-а) по адресу: _____

получить выписку из протокола заседания аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее фармацевтическое образование, в Ставропольском крае, выданную на мое имя, в Пятигорском медико-фармацевтическом институте - филиале ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

_____/_____
(подпись) (Фамилия и инициалы)