**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**физического лица на оформление документов**

**для социального налогового вычета**

**в части расходов на оплату медицинских услуг и приобретение лекарств**

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

Дата совершения доверенности

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О.), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать дату рождения), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать место рождения), гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать орган выдачи) "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_\_,

Доверяю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О.), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать дату рождения), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать место рождения), гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать орган выдачи) "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_\_;

быть моим представителем в Обществе с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр современной медицины «Евромед» (ОГРН 1145543033943) по вопросам, связанным с оформлением социального налогового вычета на лечение с правом от моего имени собирать, подавать и получать все необходимые справки и иные документы и их дубликаты, корреспонденцию, расписываться за меня и выполнять все действия и формальности, связанные с данным поручением, без права получения присужденного имущества и денег.

Доверенность выдана сроком по 31.12.2023 года без права передоверия.

Доверитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество полностью, подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим свидетельствую подлинность подписи Доверителя, идентификация личности по предъявленному паспорту произведена лично мной, медицинским регистратором ООО «МЦСМ «Евромед» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество полностью, подпись уполномоченного работника ООО «МЦСМ «Евромед»