



АЛЛОРО
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Общество с ограниченной ответственностью
«АЛЛОРО»

ИНН 7717790274 КПП 505001001 ОРГН 1147746855233
р/с 40702810300000049217 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО),
к/с 30101810145250000411 БИК 044525411
141195, Московская область, г. Фрязино, ул. Октябрьская,
д.9 тел. +7 (499) 766-52-96, email info@alloroclinic.ru

Доверенность

город _____ г.

Я, _____, _____._____._____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество доверителя полностью)

паспортные данные серия _____ номер _____ выдан _____
_____ дата выдачи _____,

код подразделения _____, зарегистрированный(-ая) по адресу _____

настоящей доверенностью уполномочиваю _____,
(фамилия, имя, отчество доверенного лица полностью)

_____._____._____ года рождения, паспортные данные серия _____ номер _____

выдан _____ дата выдачи _____

код подразделения _____, зарегистрированный(-ая) по адресу _____

быть моим представителем в ООО «АЛЛОРО», в том числе в целях получения справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган.

Для выполнения данного поручения предоставляю право осуществлять от моего имени все права, предусмотренные Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе право получать любую информацию о моем состоянии здоровья, диагнозе, о выборе метода оперативного лечения и иные сведения, составляющие врачебную тайну, право знакомиться со всеми медицинскими документами и любыми иными документами, содержащими сведения, составляющими врачебную тайну, подавать заявления, расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана без права передоверия на срок до _____.

Подпись доверенного лица _____ удостоверяю.

Подпись доверителя _____