

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Калининград

« _____ » _____ 20 _____

Я, _____
(паспорт серии _____ № _____ выданный « _____ » _____ г.

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

_____ доверяю гр. _____
(паспорт серии _____ № _____ выданный « _____ » _____ г.

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

_____ взять на себя обязанности по организации похорон и захоронению моего родственни
(цы) _____

_____ в связи с выполнением этого поручения гр. _____

_____ является моим представителем в ГБУЗ БСМЭ КО и других медицинских учреждениях
Калининграда и Калининградской области по всем вопросам, связанным с оформлением
врачебных свидетельств, справок о смерти с правом получения тела усопшего, а так же по
вопросу получения свидетельства о смерти. Для чего предоставляю право подавать с
моего имени заявления, документы, запросы, получать справки и другие необходимые
документы, расписываться за меня, совершать все необходимые действия, связанные
выполнением данного поручения.

Доверенность выдана на срок выполнения данного поручения

Подпись представителя _____ удостоверяю.

_____ (Ф.И.О и подпись Доверителя)