

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
на получение документа об образовании

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО слушателя)

\_\_\_\_\_ года рождения  
( паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(кем, когда)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_ )  
доверяю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО доверенного лица)  
\_\_\_\_\_ года рождения  
( паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(кем, когда)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_ )

получить в ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева»

\_\_\_\_\_  
(наименование бланка)  
по специальности \_\_\_\_\_.  
(наименование специальности)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)