

**Доверенность
на получение свидетельства об аккредитации специалиста**

«__» _____ 2019 г.

Я, выпускник(ца) ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж» 2018 года специальности
Сестринское дело _____

ФИО

дата рождения «__» _____ 2019 г.

проживающая по адресу _____

паспорт _____ выдан _____
номер серия

ДОВЕРЯЮ

Гражданке (ну) _____

ФИО

дата рождения «__» _____ 2019 г.

проживающая по адресу _____

паспорт _____ выдан _____
номер серия

представлять мои интересы в ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж», по адресу
г.Кашин, ул. Максима Горького, д.1-а, с правом получения от моего имени свидетельства
об аккредитации специалиста государственный номер _____
от «__» _____ 201 г.

Для этого предоставляю ей (ему) право подписи на **получение свидетельства об аккредитации специалиста**

Доверенность выдана сроком _____ месяц

Личная подпись доверителя _____

Подпись (ФИО)

Личная подпись доверенного лица _____

Подпись (ФИО)

Подписи удостоверяю.

Должность _____

Подпись (ФИО)

МП