ДОВЕРЕННОСТЬ

Республика Беларусь, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место совершения доверенности

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

дата составления доверенности (прописью)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО представляемого (полностью)

настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

ФИО представителя (полностью)

* представлять мои интересы перед Иностранным обществом с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория ИНВИТРО» (г. Минск, ул. Брикета, д.30, пом. 202, административное помещение 202-8, УНП 191121513) (далее – Общество);
* заключать от моего имени и(или) в моих интересах договоры оказания Обществом мне платных медицинских услуг, за исключением оказания платных медицинских услуг на определение моего биологического родства;
* получать любого рода информацию и документы (дубликаты документов), связанные с оказанием Обществом мне платных медицинских услуг, в том числе содержащие врачебную тайну;
* предоставлять Обществу мои персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения) и давать согласие на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения) в целях оказания платных медицинских услуг, и подписывать все необходимые документы;
* представлять в Общество мой биологический материал для оказания Обществом мне платных медицинских услуг;
* совершать все иные необходимые действия, связанные с реализацией полномочий, указанных в настоящей доверенности.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Данная доверенность выдана на срок с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ включительно.

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

подпись ФИО представляемого (полностью)

**ВНИМАНИЕ:** об отмене доверенности необходимо незамедлительно известить Общество