(на бланке МО)

**ДОВЕРЕННОСТЬ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

*(дата выдачи доверенности прописью)*

Настоящей доверенностью Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице

 *(наименование МО)*

**главного врача**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. главного врача полностью)*

действующего на основании Устава, уполномочивает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. полностью)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 *(реквизиты документа удостоверяющего личность)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)*

представлять сотрудников, прошедших обучение по программам ДПП ПК в **государственном автономном учреждении Тюменской области «Медицинский информационно–аналитический центр»** (далее – ГАУ ТО «МИАЦ»), по всем вопросам, связанным с получением удостоверения о краткосрочном повышении квалификации, для чего предоставляет право получать все необходимые документы от сотрудников ГАУ ТО «МИАЦ» и ставить подпись в Журнале регистрации и выдачи удостоверений о повышении квалификации.

Для исполнения настоящего поручения поверенный наделяется всеми правами, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящая доверенность выдана без права передоверия третьим лицам и действительна до **тридцать первого декабря две тысячи двадцать третьего года.**

Образец подписи доверенного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *подпись (Ф.И.О.)*

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(М.П., подпись)*