

# Товарищество с ограниченной ответственностью

## «АВК-Ресурс»

010000, г. Астана, ул. Е 67, д.8, нп 1

БИН 221240043187

---

### ДОВЕРЕННОСТЬ на получение результатов обследования и анализов

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

удостоверение/паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

доверяю \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. доверенного лица)  
удостоверение/паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

получить в ТОО «АВК-Ресурс» («Актай Клиник») результаты моего обследования, анализы,

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

(указать конкретно дату, вид документа, название медицинского вмешательства)

Я не могу самостоятельно забрать документы, в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Доверенность выдана на срок \_\_\_\_\_

(указать срок, не более 1 года)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись Пациента)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись Доверенного лица)

Важная информация для Пациента и Доверенного лица:

При посещении ТОО «АВК-Ресурс» необходимо при себе иметь Удостоверение/Паспорт!

При заполнении Доверенности заполнять строго все графы в полном объёме.

---

Ниже заполняется персоналом ТОО «АВК-Ресурс»

Документы проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись администратора)

(расшифровка)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год