***Рекомендуемая***

***форма доверенности***

ДОВЕРЕННОСТЬ №\_\_\_\_

(место и дата выдачи полностью прописью) обязательно\*

Настоящей доверенностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование Производителя/ДРУ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. уполномоченного лица)

(далее -ДОВЕРИТЕЛЬ\*) уполномочивает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование Поверенного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Представлять интересы в процессе экспертизы лекарственных средств в рамках ЕАЭС при регистрации, перерегистрации лекарственного препарата, приведении в соответствие с требованиями ЕАЭС и внесении изменений в регистрационное досье;
2. подавать заявление, документы и материалы, необходимые для проведения лекарственных средств в рамках ЕАЭС при регистрации, перерегистрации лекарственного препарата, приведении в соответствие с требованиями ЕАЭС и внесении изменений в регистрационное досье;
3. подписывать договоры, заявления, акты, счета и другие документы, в том числе финансовые, необходимые в процессе экспертизы лекарственных средств в рамках ЕАЭС при регистрации, перерегистрации лекарственного препарата, приведении в соответствие с требованиями ЕАЭС и внесении изменений в регистрационное досье;
4. выполнять любые иные действия необходимые в процессе экспертизы лекарственных средств в рамках ЕАЭС при регистрации, перерегистрации лекарственного препарата, приведении в соответствие с требованиями ЕАЭС и внесении изменений в регистрационное досье.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок действия доверенности.

\*при необходимости могут быть включены дополнительные полномочия

Должность Подпись ФИО

Печать