|  |
| --- |
|  |

***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 ЛС/МИ при регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье лекарственных средств;
2. подавать заявление, документы и материалы, необходимые для проведения экспертизы ЛС/МИ при регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье лекарственных средств;
3. подписывать договоры, заявления, акты, счета и другие документы, в том числе финансовые, необходимые в процессе экспертизы ЛС/МИ при регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье лекарственных средств;
4. выполнять любые иные действия необходимые в процессе экспертизы ЛС/МИ при регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье лекарственных средств.

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

\*при необходимости могут быть включены дополнительные полномочия

Должность Подпись ФИО

Печать