

ДОВЕРЕННОСТЬ
на получение государственной(ых) услуг(и)
(простая письменная форма)

" ___ " _____ 20__ г.

Я, _____, " ___ " _____ г. рождения,
(Ф.И.О. доверителя полностью)

паспорт серии _____ N _____, выдан _____ " ___ " _____ г., зарегистрированный(ая) по адресу: _____, проживающий(ая) по адресу: _____, настоящей доверенностью уполномочиваю

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)

" ___ " _____ год рождения, паспорт серии _____ N _____, выдан

" ___ " _____ г., зарегистрированного(ую) по адресу: _____, проживающего(ую) по адресу: _____, в целях получения государственной(ых) услуг(и)

(наименование государственной(ых) услуг(и))

быть моим представителем в ЦСЗН и(или) МФЦ, в связи с чем совершать от моего имени следующие действия:

- подавать от моего имени заявление на получение указанной(ых) государственной(ых) услуг(и) с приложением всех необходимых документов;
- давать согласие на обработку моих персональных данных с целью и в объемах, необходимых для предоставления указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);
- получать результат указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);
- расписываться за меня и совершать иные действия, связанные с получением указанной(ых) государственной(ых) услуг(и).

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность выдана сроком на _____ месяц(ев).

Доверитель

(Ф.И.О. доверителя полностью)

(подпись)