## Приложение № 5

к Порядку реализации функций аккредитованного удостоверяющего центра государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области»

(Форма доверенности на право действия от имени   
**юридического лица**)

**Оформляется на бланке организации (обязательно в доверенности должны быть указаны ИНН, КПП, ОГРН организации, а также проставлены ДАТА и НОМЕР)**

Доверенность

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

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

(полное наименование юридического лица, включая организационно-правовую форму)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность)

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

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

уполномочивает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

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

(серия и номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения, адрес места регистрации и проживания)

действовать от имени \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сокращенно наименование организации)

в качестве владельца квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи при использовании усиленной квалифицированной электронной подписи, а также выступать в роли пользователя Удостоверяющего центра государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области» и осуществлять в рамках Порядка реализации функций аккредитованного удостоверяющего центра государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области», действия, установленные для владельца квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи и пользователя Удостоверяющего центра государственного казённого учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области».

Представитель наделяется правом расписываться в соответствующих документах для исполнения поручений, определенных настоящей доверенностью.

Настоящая доверенность действительна по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю.

(Фамилия И.О.) (подпись)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (расшифровка подписи) |
|  | М.П. |