*Форма доверенности на представления интересов НИУ ВШЭ в медицинских учреждениях здравоохранения г. Москвы*

[*укажите прописью число, месяц, год полностью*]

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (далее – НИУ ВШЭ) в лице [Выберите/укажите нужное], действующего на основании [*выберите/укажите нужное*], настоящей доверенностью уполномочивает [*должность,* структурное *подразделение*]НИУ ВШЭ [*укажите полностью фамилию, имя и отчество уполномачиваемого лица*](паспорт серия [*укажите серию*] № [*номер паспорта*], выдан [*укажите кем и когда выдан паспорт*]г., код подразделения[*укажите код подразделения*], зарегистрированного по адресу:[*укажите адрес места жительства указанный в паспорте*]) представлять интересы НИУ ВШЭ в медицинских учреждениях здравоохранения города Москвы и Московской области с правом получать медицинские заключения о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастных случаев на производстве и степени их тяжести по форме 315/у, и другие документы, а также совершать иные действия, связанные с выполнением настоящего поручения.

Подпись [*указать ФИО*]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ удостоверяю.

Доверенность выдана сроком по [*укажите прописью число, месяц и год*] включительно [*выберите/укажите нужное*] передоверия указанных полномочий.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [*укажите должность лица, подписывающего настоящую доверенность*] |  |  |  | [*укажите инициалы и фамилию подписанта*] |