|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОВЕРЕННОСТЬ** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| № |  | | | | | от |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (полное название организации) | | | | | | |
| (далее – Доверитель) в лице | | | | | | |
| (должность, ФИО) | | | | | | |
| действующего на основании Устава, настоящим поручает своему представителю | | | | | | |
| (должность, ФИО уполномоченного сотрудника) | | | | | | |
| (паспорт: серия № , выдан дата выдачи , код подразделения ), уникальный идентификатор Доверителя (пользователя), полученный на сайте [www.regmed.ru](http://www.regmed.ru) № \_\_\_\_\_\_\_, осуществлять от имени и по поручению Доверителя следующие действия, а именно:  получить доступ к кабинету Доверителя (пользователя), предоставленному ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России (далее – Экспертное учреждение) Доверителю (пользователю), в целях обеспечения приема образцов для проведения экспертизы качества лекарственных средств на основании документов, представленных Доверителем в Минздрав России с целью государственной регистрации лекарственных препаратов для медицинского применения, подтверждения государственной регистрации лекарственных препаратов для медицинского применения, внесения изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный лекарственный препарат для медицинского применения, включения фармацевтической субстанции, неиспользуемой при производстве лекарственных препаратов, в государственный реестр лекарственных средств. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Права по настоящей доверенности не могут быть переданы другому лицу. Настоящим Доверитель также подтверждает, что самостоятельно несет риск наступления всех негативных последствий, связанных с указанной в настоящей доверенности информацией, несвоевременным уведомлением, неуведомлением, либо ненадлежащим уведомлением Экспертного учреждения о вышеуказанном уполномоченном сотруднике и всех изменениях связанных с ним. | | | | | | |
| Доверенность выдана сроком до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Подпись доверенного лица | | | | | | |
|  | |  |  |  | удостоверяю. | |
| (ФИО уполномоченного сотрудника) | |  | (подпись) |  |  | |
|  | |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | |
| (должность руководителя) | |  | МП |  | (ФИО руководителя) | |