**ДОВЕРЕННОСТЬ**

РФ, г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 года**

*(дата выдачи доверенности - прописью)*

Настоящей Доверенностью

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

*(Фамилия, Имя, Отчество члена НП «ПОГС», выдавшего доверенность)*

(паспорт гражданина РФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

являющий (ая) ся членом Некоммерческого партнерства «Профессиональное общество гигиенистов стоматологических», именуемого далее **Партнерство** (место нахождения: 119192, Москва, Ломоносовский проспект 29, корп. 2,), действительный член Партнерства: именуемый (ая) далее **"ДОВЕРИТЕЛЬ"**, уполномочивает:

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

*(Фамилия, Имя, Отчество члена НП «ПОГС» – уполномоченного представителя)*

(дата рождения: « » г.,

паспорт гражданина РФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

являющего (ую) ся действительным членом Партнерства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемого далее «**ПОВЕРЕННЫЙ»**,

представлять, осуществлять и защищать интересы и права ДОВЕРИТЕЛЯ, связанные с созывом и проведением Общего собрания (Съезда) членов Партнерства (далее – Общие собрания), «09» декабря 2016 г. по адресу: г. Москва, м. Новокузнецкая, ул. Пятницкая, дом 25, стр. 1, этаж 5, Конференц-зал, предоставленные ДОВЕРИТЕЛЮ законодательством, учредительными и внутренними документами Партнерства, в т.ч.:

право голосовать от имени ДОВЕРИТЕЛЯ по всем вопросам повестки дня Общего собрания членов Некоммерческого партнерства «Профессиональное общество гигиенистов стоматологических» как включенных в первоначальную повестку так и внесенных дополнительно, имеет право подписывать бюллетени для голосования, расписываться в журналах регистрации, выступать на Общем собрании членов Некоммерческого партнерства «Профессиональное общество гигиенистов стоматологических» от имени доверителя, а также совершать любые иные юридические и фактические действия, связанные с созывом и проведением Общего собрания, право на осуществление которых предусмотрено действующим законодательством РФ, учредительными и внутренними документами для членов Партнерства, которые ПОВЕРЕННЫЙ сочтет необходимыми (за исключением вопросов прекращения участия ДОВЕРИТЕЛЯ в Партнерстве).

Настоящая Доверенность выдана *без права* передоверия и действительна в течение *3 (Трех) месяцев* с даты выдачи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись ДОВЕРИТЕЛЯ) (Фамилия, Имя, Отчество ДОВЕРИТЕЛЯ)*

**Подпись Доверителя заверяю.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Фамилия, Имя, ОтчествоДолжность подписьМ.П.

***Доверенность должна быть подписана Доверителем и удостоверена одним из следующих способов:***

1. ***нотариально,***
2. ***организацией, в которой Доверитель работает или учится,***
3. ***жилищно-эксплуатационной организацией по месту его жительства или администрацией стационарного лечебного учреждения, в котором он находится на излечении.***