

Доверенность на представление интересов ребенка в медицинской организации

Я,

Фамилия Имя Отчество (законного представителя) полностью

Паспорт: серия _____

номер _____

Дата выдачи _____

выдан _____

Зарегистрирован(а) _____

Доверяю _____

Фамилия Имя Отчество (бабушки, дедушки, тети, няни и пр) полностью

Паспорт: серия _____

номер _____

Дата выдачи _____

выдан _____

Зарегистрированному(ой) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

Фамилия Имя Отчество (при наличии),
дата рождения

в медицинскую клинику ООО СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ г.Орел ул. Сурена Шаумяна 3., а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, и иные документы;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- оплачивать лечение из моих или собственных средств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства.
- Доверенность действительная в течение трех лет с даты ее выдачи.
- Согласен на обработку моих персональных данных, указанных в настоящей доверенности для достижения цели, указанной в настоящей доверенности.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на 3 года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Дата «__» _____ г.

Подпись доверителя

Расшифровка подписи

Дата «__» _____ г.

Подпись повернного

Расшифровка подписи

