

Доверенность на ребенка

Я, _____

Фамилия Имя Отчество (при наличии) полностью

Паспорт: серия _____ номер _____

Дата выдачи _____ выдан _____

Зарегистрирован(а) _____

Доверяю _____

Фамилия Имя Отчество (при наличии) 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, рецепты и иные документы;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать от моего имени договор на оказание услуг моему ребенку;
- оплачивать лечение из моих или собственных средств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на ____ 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