

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя)

Паспорт серии _____, номер _____,

выдан _____

зарегистрирован по

адресу: _____

доверяю

(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

Паспорт серии _____, номер _____,

выдан _____

зарегистрирован по адресу:

сопровождать моего ребенка/моих детей:

1) _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

2) _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

3) _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

в клинику «Галерея улыбок» (ООО «Галерея улыбок – центр квалифицированной стоматологии») (с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету здоровья, договор оказания платных медицинских услуг, план лечения, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, а также подписывать отказы от указанных медицинских вмешательств, оплачивать данные услуги, получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок _____.

Законный представитель

_____ / _____ /

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Доверенное лицо

_____ / _____ /

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Документы проверил _____ / _____ /

(фамилия, имя, отчество сотрудника клиники)

(подпись)

« _____ » _____ 20__ года