

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ г.

г. Первоуральск

Я, _____ (ФИО)

_____ г.р. паспорт серия _____ номер _____

дата выдачи « ____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрирован(а) _____

фактически проживаю _____,

ДОВЕРЯЮ _____

(ФИО)

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____ (ФИО, дата рождения)

в лечебное учреждение ООО Стоматологическая клиника «Смайл» г. Первоуральск, пр.

Космонавтов 9, 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 все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

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

Подпись доверителя _____ / _____ (ФИО)

Дата: _____