

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)

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

в клинику «Дентал Фэнтези»/ «Фэнтези» (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.