

Доверенность.

Я, _____ (ФИО) родителя/ законного представителя), паспорт
_____ (серия) _____ (номер)
, _____ (кем выдан, дата выдачи) доверяю
_____ (ФИО няни, бабушки, дедушки, дяди, тети и
пр.) , паспорт _____ (серия) _____ (номер),
_____ (кем выдан, дата выдачи)
, представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО « Ваш Стоматолог» по поводу лечения
моего ребенка
_____ (ФИО ребенка)

, в частности :

- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку,
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств.
- оплачивать лечение из моих средств.
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копии медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность действительна до _____
(срок действия доверенности).

ФИО Подпись (родителя/законного представителя)

ФИО Подпись (доверенного лица)

_____Дата