

ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. Нижневартовск

« ____ » _____ г.

Я, _____,
(Ф. И. О. законного представителя) (дата рождения)

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

кем выдан: _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

ДОВЕРЯЮ

_____ (Ф.И.О. родственника) (дата рождения)

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

кем выдан: _____

зарегистрированному (ой) по адресу: _____

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка) (дата рождения)

в стоматологию «Улыбка», г. Нижневартовск (лицензия № ЛО41-01193-86/00341219 от «22» ноября 2018 г.), а также:

- заключать договор на оказание платных медицинских услуг
- получать информацию о состоянии здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные медицинские документы;
- принимать решения по вопросам прохождения медицинских обследований и других медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных добровольных согласий, в том числе на медицинские вмешательства,
- согласовывать план и стоимость лечения,
- оплачивать медицинские услуги.

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

Подпись доверителя, Ф. И. О. полностью
