ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет, в медицинских организациях

г. Тихвин «……….» ………………………. 20 ……… года

Я, ……………………………………………………………………………..……………

паспорт серии ……………….., номер …………………….………, выдан …………………

……………………………………………………………………………………………………

зарегистрированный (ая) по адресу ……………………………………..…….……………….

…………………………………………………………………………………...………………

ПОРУЧАЮ..……………………………………………………………………………………

(ФИО поверенного)

паспорт серии ……………….., номер …………………….………, выдан ……..……………

…………………………………………………………………………………...………………

зарегистрирован (а) по адресу ……………………………………………….….…….….…….

……………………………………………………………………………………………………

представлять интересы моего ребенка:

………………………………………………………………………………………..………….

(ФИО ребенка)

……………года рождения, свидетельство о рождении (серия, номер, когда и кем выдано)

…………...……………………………………………..…………………………………………

При оказании ему медицинской помощи и услуг в ООО «Дентал», а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Подписывать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.
3. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка.
4. Подписывать и принимать решение об отказе от медицинского вмешательства.
5. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
6. Получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья моего ребенка.

Доверенность выдана сроком на три года без права передоверия.

Подпись доверителя:…………………………………………………………………………