



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

ООО «Стоматология Улыбка Тари»

Юридический адрес: 660094, г. Красноярск, ул. Павлова, д.44, пом.88

Почтовый адрес: 660010, г. Красноярск, пр. им. Газеты Красноярский рабочий, д.154, корп.1, пом.41а

ИНН 2462039077

КПП 246101001

р/с 40702810610050006634 филиал Точка Банк КИВИ Банк (АО)

к/с 30101810445250000797

БИК 044525797

ОКПО 19176473

ОГРН 1027739328440

Тел. 219-22-44, 219-05-95

Эл.почта: tari7878@mail.ru

Доверенность

*на предоставление интересов законного представителя ребенка
не достигшего 15 лет*

г. Красноярск «__» _____ 20__ г.

Я, Ф.И.О. (мать, отец) _____

Дата рождения «__» _____ 19__ г.

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

Проживающего по адресу: _____

Доверяю: _____

(Ф.И.О. сопровождающего полностью, дата рождения)

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

Проживающего по адресу: _____

Представлять интересы моего ребенка в ООО «Стоматология Улыбка Тари» (мою дочь, моего сына)

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

Свидетельство о рождении _____

(№ свидетельства, кем выдано)

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моего ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Получать полную и достоверную информацию, как на приеме, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из неё.
5. Нести ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка.
6. Оплачивать лечение ребенка, подписывать акты стоматологических услуг, квитанции об оплате.

Доверенность выдана на 1 год без права передоверия с «__» _____ 20__ по «__» _____ 20__

Ф.И.О. полностью родителя _____

Подпись родителя / _____ /

Ф.И.О. доверенного лица _____

Подпись доверенного лица / _____ /