РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Стоматология Улыбка Тари»

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 моему ребенку.
2.Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать информированные добровольные 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 планы лечения и акты стоматологических услуг, квитанции об оплате.

Доверенность выдана на 1 (один) год без права передоверия с «__»_____20__г. по «__» _____20___г.

Ф.И.О. полностью родителя _____

Подпись родителя / _____/

Ф.И.О. доверенного лица _____

Подпись доверенного лица / _____/