



КЛИНИКА ПРАКТИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ

ДОВЕРЕННОСТЬ

на предоставление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет. В медицинских организациях

г. Красноярск

«___»_____2020 год

Я _____,

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированная (ный) по адресу _____,

поручаю _____

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированная (ный) по адресу _____

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка _____

Года рождения _____, свидетельство о рождении _____

Выдано _____ года _____

В медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуги), а именно:

1. Подписание от моего имени договора на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинского вмешательства.
4. Оплачивать лечение ребенка из моих либо из собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врача, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на _____ год без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____

