

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Москва « ____ » _____ 202__ год

Я, _____

(Ф.И.О. одного из родителей (или иного законного представителя) ребёнка)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ 202__ г.

доверяю _____

(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ « ____ » _____ 202__ г.

сопровождать моего ребенка/моих
детей _____

_____ « ____ » _____ 202__ г.

_____ « ____ » _____ 202__ г.

в стоматологическую клинику «Щелкунчик» (с правом подписывать за меня документы,
связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету

здоровья, договор оказания платных медицинских услуг, план лечения, информированное

добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное

добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной

медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, а также подписывать

отказы от указанных медицинских вмешательств, оплачивать данные услуги, получать полную и

достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий

медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, а также

выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок _____

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись родителя ребёнка)

Документы проверил _____

(Ф.И.О. и подпись сотрудника клиники)