

ДОВЕРЕННОСТЬ



г.Брянск

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

паспорт серия _____ No _____

выдан _____

_____ дата: « ____ » _____ Г.

контактный номер телефона: _____

доверяю _____
(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия _____ No _____

выдан _____

_____ дата: « ____ » _____ Г.

сопровождать моего ребенка/моих детей

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения) « ____ » _____ 201_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения) « ____ » _____ 201_ г.

в стоматологическую клинику «Стоматологическая клиника МАН» (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 все 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. No 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).

« ____ » _____ 202_ г.

Доверенность выдана на срок _____

Подпись _____ удостоверяю.
(Подпись доверенного лица)

Подпись _____ удостоверяю.
(Подпись родителя ребёнка)

Документы проверил _____
(Ф.И.О. и подпись сотрудника клиники)