

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

доверяю \_\_\_\_\_

(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

сопровождать моего ребенка/моих детей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

в стоматологическую клинику «Дентал Фэнтези» или в детскую клинику «Фэнтези» (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)