

## ДОВЕРЕННОСТЬ

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Ижевск

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_

ДОВЕРЯЮ \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г. кем выдан:

\_\_\_\_\_

зарегистрированному (ной) \_\_\_\_\_

фактически проживающему(щей) \_\_\_\_\_

Сопроводить моего несовершеннолетнего ребенка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

на прием в ООО «Стоматологическая клиника «РеСто», а так же:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

**При предъявлении доверенности необходимо так же предоставить копию паспорта ДОВЕРИТЕЛЯ (страницы 2, 3; регистрация по месту жительства; страница «ДЕТИ») для сверки данных. (копия паспорта не изымается).**

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_