

## Доверенность

Я \_\_\_\_\_ (мать/отец) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество полностью)

(дата рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

проживающая(ий) по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Доверяю

\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество сопровождающего полностью) (дата рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопровождать в клинику «Семейный стоматолог» (ООО «Аптайм, ООО  
«Детвора» \_\_\_\_\_ (дочь/сына)

\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество ребенка полностью)

(дата рождения)

Быть представителем моего ребенка в данном медицинском учреждении, получать справки и документы, подписывать медицинскую документацию, принимать решения по вопросам медицинских вмешательств. Доверенность выдана сроком на 3 (три) года.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись родителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_