

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 _____