

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 _____

Проживающей(му) по адресу: _____

Сопровождать в клинику «Семейный стоматолог» (ООО «Детвора»,
ООО «Семейный стоматолог» _____ (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 медицинским вмешательствам. Доверенность выдана сроком на 3 (три) года.

Дата _____

Подпись родителя _____

Дата _____

Подпись доверенного лица _____