**Доверенность**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

доверяю

(кем выдан, дата выдачи)

(ФИО бабушки, дедушки, няни, дяди, тети и пр.)

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Стоматолог и Я» по поводу лечения/обследования моего ребенка

(ФИО ребенка)

Свидетельство о рождении: серия номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в частности:

(кем выдано, дата выдачи)

* подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку и все приложения к договору;
* принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств, планы обследования и лечения;
* оплачивать лечение ребенка;
* получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в устной форме, в

виде копий и выписок из медицинской документации.

- получать справки, финансовые документы, результаты обследования и лечения.

Доверенность выдана сроком на 3 года без права передоверия.

ФИО Подпись (родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

ФИО Подпись (доверенного лица)

Дата выдачи доверенности «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.