



## ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, √ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя ребенка)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, дата выдачи  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г., кем выдан \_\_\_\_\_

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ДОВЕРЯЮ** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родственника кому доверяют) (дата рождения)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, дата выдачи  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г., кем выдан \_\_\_\_\_

зарегистрирован (а) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка/ моих детей:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в клинику «Сибирская стоматология» (с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету здоровья, договор оказания платных медицинских услуг, план лечения, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, а также подписывать отказы от указанных медицинских вмешательств, оплачивать данные услуги, получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

**Доверенность выдана на срок \_\_\_\_\_ (года) с даты заключения.**

Законный представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (подпись, Ф.И.О.)

Доверенное лицо \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (подпись, Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Документы проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. сотрудника клиники) (подпись)