**ДОВЕРЕННОСТЬ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| г. Иркутск | | | | | | среда, 20 ноября 2019 г. | | | | | |
| Я, |  | | | | | | | | | | |
|  | (Ф.И.О. одного из родителей ребёнка) | | | | | | | | | | |
| Паспорт серия | | |  | | Номер | |  | | | | |
| Выдан | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | « » 20 | | |
| доверяю | |  | | | | | | | | | |
| (Ф.И.О. доверенного лица) | | | | | | | | | | | |
| Паспорт серия | | |  | | Номер | |  | | | | |
| Выдан | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | « » 20 | | |
| сопровождать моего ребенка/мох детей | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | « » 20 | | |
| (Ф.И.О. ребенка, дата рождения) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | « » 20 | | |
| (Ф.И.О. ребенка, дата рождения) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| в стоматологическую клинику «Филигрань» (ООО «Здоровье») с правом:   1. Принимать все решения по вопросам медицинского вмешательства моему ребенку и давать информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства, либо отказаться от медицинского вмешательства; 2. Подписывать документы, связанные с лечением моего ребёнка, в том числе план лечения и иные документы, необходимые при оформлении медицинской документации и оказании медицинской помощи моему ребёнку; 3. Оплачивать лечение из моих, либо собственных средств; 4. Получить полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка на приёме врачей | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Подпись | | | | | | | | | | | удостоверяю |
| (Ф.И.О. и подпись одного из родителей ребёнка) | | | | | | | | | | | |
| Подпись | | | | | | | | | | | удостоверяю |
| (Ф.И.О. и подпись доверенного лица) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| среда, 20 ноября 2019 г. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Документ проверил | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | Подпись администратора | | | | | | Ф.И.О. администратора | |