**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 |