MEDALL
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА ЦИФРОВАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет, в ООО «Медалл Стоматология»

г. Санкт-Петербург «____» _____ 202___год

Я, _____
(ФИО полностью)

«_____» _____ _____ года рождения,

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи «_____» _____ _____ года

Выдан_____

Зарегистрирован(на) по адресу:_____

_____

поручаю

_____
(ФИО поверенного)

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи «_____» _____ _____ года

Выдан _____

Зарегистрирован(на) по адресу:_____

_____

представлять интересы моего ребенка:

_____
(ФИО ребенка)

«___» _____ 202__года рождения, свидетельство о рождении _____,
(№ свидетельства)

выдано «___» _____ 20___года, _____
(кем)

а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия.

Подпись _____ подтверждаю _____
ФИО поверенного Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

_____

Подпись доверителя: _____