

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов несовершеннолетнего лица
в медицинском учреждении

Дата выдачи: « _____ » _____ 20__ г.

Место выдачи: г. _____,
стоматологическая клиника расположена по адресу: _____

Я, гр. _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____
_____, проживающий (ая) по адресу _____

Действую за своего малолетнего ребенка _____

_____, _____ года рождения,

Свидетельство о рождении _____
(номер, дата, кем выдан)

Настоящей доверенностью уполномочиваю
гр. _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____
_____, проживающего (ую) по адресу _____

представлять интересы моего малолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в клинике _____, в том числе нести ответственность за действия ребенка в клинике, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать договор на оказание медицинских услуг, анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства, добровольный отказ от лечения, иные юридические и медицинские документы, принимать решение о том или ином методе лечения, если они являются альтернативными, оплачивать медицинские услуги, получать информацию о здоровье моего ребенка как на приеме врачей, так и с помощью оригиналов (копий) медицинской документации и выписок из нее, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в настоящей доверенности для достижения цели, указанной в настоящей доверенности.

(ФИО, подпись родителя)

Доверенность выдана сроком на 3 (три) года без права передоверия.

Подпись родителя _____

Личность родителя удостоверил администратор клиники _____/_____