

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Екатеринбург

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО одного из родителей (или иного законного представителя) ребенка)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года доверяю

(кому – ФИО доверенного лица)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

сопровождать моего ребенка /моих детей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

В стоматологическую клинику «МКС 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 так же подписывать отказы от указанных медицинских вмешательств. Оплачивать данные услуги, получать полную и достоверную информацию о здоровье ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации и выписок из нее, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись родителя ребенка)

Приложение.

1. Копия документа, подтверждающего законное представительство несовершеннолетнего.  
(копия паспорта, законного представителя, свидетельство о рождении)

Документы проверил \_\_\_\_\_

(ФИО и подпись сотрудника клиники)