

ДОВЕРЕННОСТЬ

«_____» _____ 20____ г. _____
(дата) (населенный пункт)

Я, _____ (ФИО)

_____ г.р.

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «_____» _____ 20____ г.

выдан: _____

_____ ,

зарегистрирован(на) _____

фактически проживаю _____ ,

ДОВЕРЯЮ _____ (ФИО),

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «_____» _____ 20____ г.

выдан: _____

_____ ,

зарегистрированной(-ному) _____

фактически проживающей (-му) _____

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____ (ФИО, дата рождения)

в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №31», а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства;
- осуществлять оплату, оказываемых моему ребенку медицинских услуг.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

ФИО доверителя _____

Подпись доверителя _____

«_____» _____ 20____ г.
(дата)