

ДОВЕРЕННОСТЬ

на сопровождение и представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет (16 лет, если он болен наркоманией), в ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ» (ИНН 5012104211)

«__» _____ 202__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт серии _____, номер _____, выдан (когда, кем, КП) _____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

проживающий (ая) по адресу: _____

действуя в интересах своего ребенка: _____
(фамилия, имя, отчество ребенка, а также дата рождения)

Свидетельство о рождении (серия, номер, когда и кем выдано) _____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

проживающий (ая) по адресу: _____

ПОРУЧАЮ:

_____ (фамилия, имя отчество поверенного)
паспорт (серия, номер, когда и кем выдан, КП) _____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

проживающий (ая) по адресу: _____

Сопровождать моего ребенка в ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ» (ИНН 5012104211): _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка)
Быть представителем моего ребенка в ООО «Мед Гарант» (ИНН 5012046256) по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг, в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
2. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств;
3. 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;
4. Нести ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка.

Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия

Подпись поверенного _____ / _____ подтверждаю
(расшифровка)

Подпись доверителя _____ / _____
(расшифровка)