

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. одного из родителей (или иного законного представителя) ребёнка)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
« » Г.

доверяю \_\_\_\_\_

(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
« » Г.

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

« » Г.  
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

« » Г.  
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в стоматологическую клинику «Диамед» 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 также подписывать отказы от указанных медицинских вмешательств, оплачивать данные услуги, получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Подпись и расшифровка подписи родителя ребёнка)

Документы проверил \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. и подпись сотрудника клиники