

Доверенность

г. Нижний Новгород

« _____ » _____ 20__ г.

Я, гр. _____
(Ф.И.О. законного представителя полностью, дата рождения)

паспорт _____, выданный _____

_____, проживающий(ая) по адресу:

(почтовый индекс и адрес полностью)

действуя за моего несовершеннолетнего ребенка

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

настоящей доверенностью уполномочиваю гр.

(Ф.И.О. полностью, дата рождения, степень родства)

паспорт _____, выданный _____

_____, проживающий (ая) по адресу:

(почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в ООО «Стоматологическая клиника Матвеевых», для чего доверяю: заключать договор на оказание платных медицинских услуг, оплачивать оказанные моему несовершеннолетнему ребенку медицинские услуги, удостоверить своей подписью и давать письменные согласия на медицинские манипуляции (медицинские вмешательства), выполняемые несовершеннолетнему ребенку, и письменные отказы от проведения медицинских вмешательств в отношении моего несовершеннолетнего ребенка, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать все необходимые документы, заявления, согласия, представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, а также совершать иные законные действия и формальности, связанные с выполнением поручения.

Доверенность выдана сроком на 1 (один) год без права передоверия.

ФИО/подпись **законного представителя** несовершеннолетнего ребёнка _____

ФИО/подпись **лица, уполномоченного действовать** за несовершеннолетнего ребёнка _____