ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) гражданина.

Город _____

_____ (число, месяц, год -
прописью)

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

Паспорт _____, выданный

проживающий(ая) по адресу: _____ (почтовый
индекс _____ и _____ адрес
полностью)

_____ Действуя за своего несовершеннолетнего (недееспособного)
ребенка _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

_____ Настоящей доверенностью уполномочиваю гр.
_____ (Ф.И.О. полностью, дата
рождения)

_____ Паспорт _____, выданный
_____, проживающий (ая) по адресу:

_____,
(почтовый индекс и адрес полностью) представлять интересы моего несовершеннолетнего
(недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в ООО
"Цифровая стоматология", находящегося по адресу: 141002, Московская область, г Мытищи, ул.
Станционная стр.7.

Для выполнения представительских функций предоставляются следующие права: · нести полную
ответственность за сопровождающего несовершеннолетнего ребенка в клинику; · нести
ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья
несовершеннолетнего ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической
патологии и др. сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения); · давать
согласие на медицинские манипуляции;

- подписывать все необходимые документы;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей

доверенности. Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия.

« _____ » _____ 20__ г. Подпись родителя _____ / _____ / -----

(заполняется администратором)

Удостоверено: _____ / _____ / (подпись)
(Ф.И.О. администратора) М.П