

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г.Рязань

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителей или иного законного представителя ребенка)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Доверяю \_\_\_\_\_  
(кому-Ф.И.О. доверенного лица)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Сопровождать моего ребенка/моих детей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в стоматологическую клинику «Кремлевская стоматология» ( с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету пациента (здоровья), договор оказания платных медицинских услуг, план лечения, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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 2012г. №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 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 \_\_\_\_\_ удостоверяю

(Подпись родителя ребенка)

Документы проверил \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ,подпись, должность сотрудника клиники)



---