

## ДОВЕРЕННОСТЬ

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