

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Волгоград

«___» _____ 20__ г

Я (Ф.И.О., паспортные данные), _____

(мать, отец, опекун) несовершеннолетнего (Ф.И.О. ребенка, год рождения)

_____ доверяю (Ф.И.О., доверенного лица, паспортные
данные) _____

выполнять от моего имени полномочия Законного представителя моего ребенка в государственном автономном учреждении здравоохранения «Клиническая стоматологическая поликлиника №12» при оказании медицинской помощи моему ребенку, в том числе получать сведения, составляющие врачебную тайну, подписывать все медицинские документы (согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, план лечения и другие документы, связанные с оказанием медицинской помощи моему ребенку), принимать решение по выбору метода лечения, предложенного врачом, выбору пломбирочных материалов и лекарственных средств.

Разрешаю заключать и подписывать от моего имени договор о предоставлении платных медицинских услуг, соглашение о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг, Акт о выполнении договора о предоставлении платных медицинских услуг и производить оплату оказанных услуг за счет моих средств.

Срок действия доверенности _____.

М.П.

(подпись)

(расшифровка)

(дата)