

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Москва

Я, _____

(Ф.И.О. одного из родителей ребёнка)

паспорт серия _____ N _____

выдан _____ « ____ » _____ 201__ г.

доверяю _____

(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия _____ N _____

выдан _____ « ____ » _____ 201__ г.

сопровождать моего ребёнка/моих детей

_____ « ____ » _____ 201__ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

_____ « ____ » _____ 201__ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

в стоматологическую клинику «АктивСтом» (ООО «АктивСтом») (с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребёнка, в том числе: анкету здоровья, договор, план лечения, информированное согласие на лечение, оплачивать данные услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок _____

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись родителя ребёнка)

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

« ____ » _____ 201__ год

Документы проверил _____

(подпись администратора)