

ДОВЕРЕННОСТЬ

Дата

_____ (число, месяц, год прописью)

Мы,

_____ (фамилия, имя, отчество матери ребенка)

дата рождения:

паспорт РФ №

_____ выдан:

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

дата выдачи:

_____ код подразделения:

место жительства:

а так же

_____ (фамилия, имя, отчество отца ребенка)

дата рождения:

паспорт РФ №

_____ выдан:

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

дата выдачи:

_____ код подразделения:

место жительства:

настоящей доверенностью уполномочиваем:

_____ (фамилия, имя, отчество доверенного лица)

дата рождения:

паспорт РФ №

_____ выдан:

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

дата выдачи:

_____ код подразделения:

место жительства:

сопровождать нашего несовершеннолетнего сына/дочь:

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

дата рождения:

свидетельство о рождении №

_____ выдано:

в посещении ООО «Стоматологическая клиника «Галактика» с правом:

подписи договора от нашего имени / подписи информированных добровольных согласий на первичное посещение ребенком консультаций специалистов, рентгенологическую диагностику, терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое, пародонтологическое лечение по согласованию с нами от нашего имени / получения любой информации о здоровье ребенка / получения консультативных заключений, планов лечения, справок, рецептов, выписок и иных документов /

_____ ненужное зачернуть

Доверенность выдана без права передоверия полномочий другим лицам. Копии паспортов доверителей и доверенного лица прилагаем.

Доверенность выдана на срок до:

_____ (число, месяц, год)

Доверитель, мать ребенка

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

Доверитель, отец ребенка

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

Доверенное лицо

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)