

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя, усыновителя, опекуна, попечителя)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
проживающая (щий) по адресу: \_\_\_\_\_  
являясь законным представителем интересов Пациента, не достигшего возраста 15 лет

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка)  
доверяю \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество сопровождающего ребенка лица, кем приходится ребенку)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
проживающей (ему) по адресу: \_\_\_\_\_

представлять интересы моего ребенка при оказании платных стоматологических услуг в клинике сети «Стоматология БЕЛЫЙ КИТ»,  
в том числе подписывать Договор на оказание платных стоматологических услуг; предоставлять лечащему врачу любую требуемую им информацию о ребенке; давать информированное согласие на медицинское вмешательство на все проводимые манипуляции; получать сведения о наличии заболевания, диагнозе, рекомендованном плане лечения и его стоимости, о рисках при лечении данного заболевания и результате лечения, удостоверить личной подписью в оформляемой медицинской документации получение информации и дачу разрешения, в том числе в медицинской карте ребенка, информированном согласии на медицинское вмешательство, предварительном счете, гарантийном талоне; вносить в кассу деньги за оказанные услуги.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись фамилия, имя, отчество (полностью)

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

Подпись \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя, усыновителя, опекуна, попечителя)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
проживающей (его) по адресу: \_\_\_\_\_  
удостоверяю.

Администратор клиники \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_