

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя (далее ЗП) пациента)
паспортные данные ЗП: серия _____ № _____ Выдан (когда) ____/____/____, ____ г.
Выдан (кем): _____
Адрес регистрации: _____
Контактный номер телефона: _____

Являюсь законным представителем на основании документа свидетельство о рождении/
свидетельство об опеке (необходимое подчеркнуть) № _____

Доверяю:

- Сопровождение ребенка на стоматологический прием (осмотр, консультация, лечение)
- Принятие решения при согласовании лечения, а также согласование стоимости лечения
- Оплату за оказание платных медицинских услуг
- получение документов пациента из клиники (выписка, копия медицинской карты, результаты диагностики)

Данные доверенного лица (кому доверяете вышеперечисленные действия):

(Фамилия, имя, отчество полностью)
паспортные данные ЗП: серия _____ № _____ Выдан (когда) ____/____/____, ____ г.
Выдан (кем): _____
Адрес регистрации: _____
Контактный номер телефона: _____

! Прикрепить к доверенности:

- ксерокопию паспорт законного представителя Пациента
- ксерокопия свидетельства о рождении ребенка

! Доверенное лицо обязан предоставлять оригинал документа, удостоверяющего личность (паспорт) перед каждым приемом Пациента

Дата: _____ Подпись ЗП _____ Подпись доверенного лица: _____

Подпись генерального директора ООО "Зубной Эльф" Л.Ю. Мологиной _____ МП