

ДОВЕРЕННОСТЬ

город Иваново

(дата совершения доверенности прописью)

Я, _____,

(фамилия, имя и отчество законного представителя полностью)

дата рождения: _____, место рождения: _____,

паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

дата

кем

код подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

(фамилия, имя и отчество сопровождающего полностью)

_____ дата рождения: _____, место

рождения: _____, паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

дата

кем

код подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка _____

(фамилия, имя и отчество полностью)

_____ дата рождения: _____, место

рождения: _____,

(данные паспорта или свидетельства о рождении)

номер документа, дата выдачи, орган выдачи документа)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

при оказании ему медицинской помощи в ООО «Стоматологическая Клиника Стволыгин» (ИНН 3702208622, ОГРН 1183702021084, адрес места нахождения: 153000, Ивановская область, г.Иваново, ул. Кузнечная, д.38, пом.1) и ООО «Стоматологический центр СТВОЛЫГИН» (ИНН 3702695126, ОГРН 1133702007218, адрес места нахождения: 153008, Ивановская область, г.Иваново, ул. 2-я Запрудная, д.82/8) в том числе с правом:

- заключать и подписывать договор оказания платных медицинских услуг, планы лечения, приложения, дополнения, изменения и акты выполненных работ к указанному договору;
- давать моему несовершеннолетнему ребенку при достижении им установленного законом возраста согласие на заключение и подписание договора оказания платных медицинских услуг, планов лечения, приложений, дополнений, изменении актов выполненных работ к названному договору;
- давать согласие на обработку персональных данных;
- предоставлять полученную от меня информацию о здоровье моего несовершеннолетнего ребенка и перенесенных им заболеваниях, заполнять и подписывать регистрационный лист;
- давать согласие на разглашение медицинской тайны;
- согласовывать методы и стоимость планируемого медицинского вмешательства;
- давать и подписывать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства;
- принимать решения об отказе от оказания медицинской помощи и подписывать отказы от медицинских вмешательств;
- давать согласие на обнародование и использование изображений (фотография, видеозапись);

- давать моему несовершеннолетнему ребенку при достижении им установленного законом возраста согласие на дачу согласия на обнародование и использование изображений (фотография, видеозапись);
- производить оплату по договору оказания платных медицинских услуг и осуществлять иные платежи, прямо или косвенно связанные с оказанием медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку;
- принимать решения по иным вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку, получать информацию о состоянии его здоровья, подавать от моего имени заявления, получать справки и документы, расписываться за меня.

Доверенность выдана сроком на _____.

Законный представитель: _____

(фамилия, имя, отчество полностью, подпись)