

ДОВЕРЕННОСТЬ

_____ г.

(Населённый пункт)

Я, _____

(ФИО, дата рождения)

паспорт, серия _____ номер, _____ дата выдачи: _____,

выдан: _____

зарегистрирован (на): _____

фактический адрес проживания: _____

Доверяю _____

(ФИО, дата рождения)

паспорт, серия _____ номер, _____ дата выдачи: _____,

выдан: _____

зарегистрированному (ой): _____

фактический адрес проживания: _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

(ФИО, дата рождения)

в глазную клинику ООО «Точка зрения», а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребёнка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- принимать решение по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства;
- осуществлять оплату, оказываемых моему ребёнку медицинских услуг.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на 1 (один) год с момента её подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя

_____ /

подпись

ФИО