**Доверенность**

**Я,**

**ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего**

**Паспорт (серия) (номер)**

**доверяю**

**(кем выдан, дата выдачи)**

**(ФИО бабушки, дедушки, няни, дяди, тети и пр.)**

**Паспорт (серия)**

**(номер)**

**(кем выдан, дата выдачи)**

**представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Мир Зубов» по поводу лечения/обследования моего ребенка**

**(ФИО ребенка)**

**Свидетельство о рождении: (серия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер)**

**в частности:**

**(кем выдан, дата выдачи)**

* **подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку и все приложения к договору;**
* **принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств, планы обследования и лечения;**
* **оплачивать лечение ребенка;**
* **получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в устной форме, в**

**виде копий и выписок из медицинской документации.**

**- получать справки, финансовые документы, результаты обследования и лечения.**

**Доверенность выдана сроком на 3 года без права передоверия.**

**ФИО Подпись**

**(родителя/законного представителя несовершеннолетнего)**

**ФИО Подпись (доверенного лица)**

 **Дата выдачи доверенности:**