



Юридический адрес: 654080, Кемеровская обл., 654038, г.

Новокузнецк, ул. М.Тореза, д.39
ИНН 4253026582 КПП 425301001
Р/с 40702810823070001326
К/с 30101810600000000774

БИК 045004774

Филиал «Новосибирский» ОАО «АЛЬФА-БАНК» г.

Новосибирск
ОГРН: 1154253000439
ОКВЭД 85.13

Телефоны: (3843) 54-82-77, 54-65-37
www.novodent.net

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) лица
в медицинском учреждении

Дата выдачи: « ____ » _____ 20__ г.

Место выдачи: г. Новокузнецк, филиал стоматологической клиники на ул. Тореза, 39

Я, гр. _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____

_____, проживающий (ая) по адресу _____

Действую за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____

_____, _____ года рождения

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____

_____, проживающего (ую) по адресу _____

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в клинике ООО «СП Ново Дент на Тореза», в том числе нести ответственность за действия ребенка в клинике, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать договор на оказание медицинских услуг, анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия, добровольный отказ от лечения, иные юридические и медицинские документы, принимать решение о том или ином методе лечения, если они являются альтернативными, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности. **ВНИМАНИЕ!** При первом визите и заключении договора должен присутствовать один из родителей или законный представитель.

Доверенность выдана на _____ без права передоверия.

Подпись родителя _____

Личность родителя удостоверил администратор ООО «СП Ново Дент на Тореза»

_____/_____/_____