

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Санкт-Петербург

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. одного из родителей ребёнка)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

доверяю \_\_\_\_\_

(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

сопровождать моего ребенка/моих детей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

в стоматологическое отделение Atribeaute Clinique с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету здоровья, договор, план лечения, информированное согласие на лечение; оплачивать данные услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись родителя ребёнка)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ год

Документы проверил \_\_\_\_\_  
(подпись администратора)