**ДОВЕРЕННОСТЬ**

на сопровождение несовершеннолетнего в Автономное учреждение здравоохранения

Республики Алтай «Республиканская стоматологическая поликлиника»

г. Горно-Алтайск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Я, ,

*(Ф.И.О. родителя) (дата рождения)*

паспорт серия номер дата выдачи « » г. кем выдан:

зарегистрирован(а) по адресу: фактическое место жительства: , **ДОВЕРЯЮ**

*(Ф.И.О. родственника) (дата рождения)*

паспорт серия номер дата выдачи « » г. кем выдан:

 , зарегистрирован(а) по адресу: фактическое место жительства:

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

*(Ф.И.О. ребенка) (дата рождения)*

в Автономное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Республиканская стоматологическая поликлиника», в том числе:

подписывать все медицинские документы, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, получать информацию о состоянии здоровья моего ребенка, согласовывать план лечения, принимать решение по выбору лечения, предложенного врачом, выбор пломбировочных материалов и медикаментозных препаратов, в том числе анестетиков, в случае необходимости выбора платной услуги, разрешаю. подписывать Договор на оказание платных медицинских услуг , а также выполнение иных действий, связанных с выполнением данного поручения.

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

Подпись доверителя

Дата