

**Доверенность
на представление интересов несовершеннолетнего**

г. Киров, Кировская обл.
20__ г.

«__» _____

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

«__» _____ года рождения, имеющий(ая) паспорт гражданина РФ серии
№ _____, выданный _____
_____ дата _____

законный представитель
несовершеннолетнего _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

«__» _____ года рождения, имеющего свидетельство о рождении/паспорт
серии № _____ выданный _____
_____ дата _____

настоящей доверенностью уполномочиваю

(фамилия, имя, отчество уполномоченного представлять интересы несовершеннолетнего)

«__» _____ года рождения, имеющий(ая) паспорт гражданина РФ серии
№ _____, выданный _____
_____ дата _____

Представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

в медицинских центрах ООО «Стоматология Лайт», а именно:

- сопровождать несовершеннолетнего при посещении им медицинских центров ООО «Стоматология Лайт», проведении консультаций, оказании иных медицинских услуг;
- принимать решение относительно здоровья несовершеннолетнего, о возможности оказания несовершеннолетнему любых платных медицинских услуг;
- подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку, оплачивать платные медицинские услуги, оказанные несовершеннолетнему;
- знакомиться с медицинской документацией несовершеннолетнего, а также получать информацию о состоянии его здоровья и иную информацию, составляющую врачебную тайну.

Доверенность выдана сроком до «__» _____ 20__ г. без права передоверия третьим лицам.

Подпись доверенного лица _____ удостоверяю.
_____/_____

Доверенность составлена в присутствии сотрудника

ООО «Стоматология Лайт» _____/_____

М.П.