

Доверенность

Я _____ (мать, отец, опекун)
несовершеннолетнего _____

_____ года рождения, доверяю выполнять полномочия законного представителя моего
ребенка _____

Ф.И.О., паспортные данные

На период лечения в ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2», в том числе подписывать все медицинские документы, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, план лечения, договор на оказание платных медицинских услуг, принимать решение по выбору метода лечения, предложенного врачом, выбору пломбировочных материалов и медикаментозных препаратов, в том числе анестетиков. Разрешаю производить оплату из моих личных средств, (средств доверенного лица) в случае выбора платной услуги.

Я осознаю, что не смогу вернуть налоговый вычет, так как договора на оказание платных медицинских услуг будут подписаны моим доверителем.

(подпись с расшифровкой)

(дата)