**ДОВЕРЕННОСТЬ**

на представление интересов несовершеннолетнего гражданина

 г.Саров \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

 Я, граждан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)*

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действуя за своего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)*

свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.,

уполномочиваю настоящей доверенностью гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. доверенного лица полностью)*

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., зарегистрирован\_\_\_ по

адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы

во взаимоотношениях с медицинским центром **ООО «Стоматология «Престиж»»***, г.Саров, пр-т Ленина , д.15, П4*

по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, в частности:

1. подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
2. принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
3. оплачивать лечение из моих средств;
4. получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде выписки из медицинской документации.

 Настоящая доверенность выдана без права передоверия сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяца(ев) (вариант: год(а), лет)

 Доверитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью) (подпись)*

 Доверенное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. доверенного лица полностью) (подпись)*