



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

паспорт серия _____ № _____

выдан _____ « ____ » _____ г.

доверяю _____
(Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия _____ № _____

выдан _____ « ____ » _____ г.

сопровождать моего ребенка/моих детей _____

_____ « ____ » _____ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

_____ « ____ » _____ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

действовать от его/их имени и в его/их интересах, добровольно обращаться в ООО «Остеопатик Тритментс Рус» (ИНН 7707848246 ОГРН 5147746310278), знакомиться в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" с намеченным планом обследования и/или последующего лечения, в том числе:

с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, карту опроса, договор, план лечения, информированные согласия, в том числе на лечение, оплачивать данные услуги, лично присутствовать на приеме врача, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана на срок _____

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись родителя ребёнка)

« ____ » _____ 202__ год

Документы проверил _____ / _____ /

(подпись менеджера)
м.п.

(расшифровка)