

## Доверенность

Я \_\_\_\_\_ (мать/отец) \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество полностью)

(дата рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

проживающая(ий) по  
адресу: \_\_\_\_\_

### Доверяю

(Фамилия, имя и отчество сопровождающего полностью)

(дата рождения)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

**Сопровождать в МБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1  
города Ростова-на-Дону» мою(его) \_\_\_\_\_ (дочь/сына)**

(Фамилия, имя и отчество ребенка полностью)

(дата рождения)

**Быть представителем моего ребенка в МБУЗ  
«Стоматологическая поликлиника № 1 города Ростова-на-  
Дону», получать справки и документы, расписываться за  
меня, принимать решения по вопросам медицинских  
вмешательств, нести ответственность за жизнь и здоровье  
ребенка в период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Дата \_\_\_\_\_

Подпись родителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_

### **ВНИМАНИЕ!**

*Доверенное лицо ОБЯЗАН предъявить свой Паспорт гражданина РФ*