

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Фрязино

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

доверяю \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

сопровождать моего ребенка/моих детей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

в медицинский центр «АЛЛОРО» (ООО «АЛЛОРО») с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе карту опроса, договор, план лечения, информированное согласие на лечение, оплачивать данные услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана на срок \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.  
(Подпись доверенного лица)

Подпись \_\_\_\_\_  
(Подпись родителя ребёнка)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.