

Общество с ограниченной ответственностью

«ЛадаДент»

г. Ижевск, ул. Родникова, 74. тел. 400-600

ИНН 1831090904 КПП 183101001

Доверенность

на представительство интересов несовершеннолетнего (недееспособного) гражданина.

г. Ижевск

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (число, месяц, год - прописью)

Я, гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____

_____ проживающий(ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

Действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____

_____ проживающий (ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в филиале стоматологической клиники "Лада Эстет", находящегося по адресу: 426000 Россия, г. Ижевск, Удмуртская республика, ул. Родникова, 74.

Для выполнения представительских функций предоставляются следующие права:

- нести полную ответственность за сопровождающего ребенка в клинику;
- нести ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической патологии и др. сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения);
- давать согласие на медицинские манипуляции;
- подписывать все необходимые документы;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия. (срок прописью)

Действующая за своего малолетнего (недееспособного) ребенка:

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись родителя _____ / _____ /

Общество с ограниченной ответственностью

«ЛадаСтом»

г.Ижевск, ул. Свободы, 173. тел. 72-67-52
ИНН 1831088045 КПП 183101001

Доверенность

на представительство интересов несовершеннолетнего (недееспособного) гражданина.

г. Ижевск

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (число, месяц, год - прописью)

Я, гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____

_____ проживающий(ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

Действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____,

проживающий (ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в филиале стоматологической клиники "Лада Эстет", находящегося по адресу: 426000 Россия, г. Ижевск, Удмуртская республика, ул. Свободы, 173.

Для выполнения представительских функций предоставляются следующие права:

- нести полную ответственность за сопровождающего ребенка в клинику;
- нести ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической патологии и др. сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения);
- давать согласие на медицинские манипуляции;
- подписывать все необходимые документы;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия. (срок прописью)

Действующая за своего малолетнего (недееспособного) ребенка:

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись родителя _____ / _____ /

Общество с ограниченной ответственностью

«Лада-Мед»

г. Ижевск, ул.Родниковая, 74. тел. 400 – 600
ИНН 1831113968 КПП 183101001

Доверенность

на представительство интересов несовершеннолетнего (недееспособного) гражданина.

г. Ижевск

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (число, месяц, год - прописью)

Я, гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____

_____ проживающий(ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

Действую за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____,

проживающий (ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в филиале стоматологической клиники "Лада Эстет", находящегося по адресу: 426000 Россия, г. Ижевск, Удмуртская республика, ул. Родниковая, 74.

Для выполнения представительских функций предоставляются следующие права:

- нести полную ответственность за сопровождающего ребенка в клинику;
- нести ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической патологии и др. сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения);
- давать согласие на медицинские манипуляции;
- подписывать все необходимые документы;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.
(срок прописью)

Действующая за своего малолетнего (недееспособного) ребенка:

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись родителя _____ / _____ /

Общество с ограниченной ответственностью

«Лада-Эстет»

г.Ижевск, ул.Родниковая, 74. тел. 400 – 600

ИНН 1831098251 КПП 183101001

ladaestet@inbox.ru

Доверенность

на представительство интересов несовершеннолетнего (недееспособного) гражданина.

г. Ижевск

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (число, месяц, год - прописью)

Я, гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____

_____ проживающий(ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

Действую за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____, выданный _____,

проживающий (ая) по адресу: _____ (почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в филиале стоматологической клиники "Лада Эстет", находящегося по адресу: 426000 Россия, г. Ижевск, Удмуртская республика, ул. Родниковая, 74.

Для выполнения представительских функций предоставляются следующие права:

- нести полную ответственность за сопровождающего ребенка в клинику;
- нести ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической патологии и др. сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения);
- давать согласие на медицинские манипуляции;
- подписывать все необходимые документы;
- совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия. (срок прописью)

Действующая за своего малолетнего (недееспособного) ребенка:

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись родителя _____ / _____ /