**Доверенность на право подписи документов в рамках договора на оказания платных медицинский услуг**.

|  |  |
| --- | --- |
| Я,  |  |
| ФИО законного представителя |
| Паспорт  |  | выдан: |
| серия и номер паспорта |  |
|  |
| кем и когда выдан паспорт |
| Зарегистрированный по адресу: |
|  |
| адрес регистрации законного представителя |
| Являясь законным представителем: |
|  |
| ФИО ребенка |
| Паспорт  |  | выдан: |
| серия и номер паспорта ребенка |  |
|  |
| кем и когда выдан паспорт |
| Зарегистрированный по адресу: |
|  |
| адрес регистрации ребенка |
| На основании: |
|  |
| Серия, номер, кем и когда выдано свидетельство о рождении |

**Настоящей доверенностью уполномочиваю:**

|  |
| --- |
|  |
| ФИО доверенного лица |
| Паспорт  |  | выдан: |
| серия и номер паспорта |  |
|  |
| кем и когда выдан паспорт |
| Зарегистрированный по адресу: |
|  |
| адрес регистрации доверенного лица |

подписывать дополнительные соглашения и акты выполненных работ в рамках договора оказания платных медицинских услуг моему ребенку, заключенного с ООО «Визави» (ОГРН 1025003208702)

Доверенность выдана на 3 года без права передоверия полномочий.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| подпись | Расшифровка подписи |
|  |  |

Дата: