

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я _____
(Ф. И. О. лица выдавшего доверенность)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(число, месяц, год)

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

Зарегистрированный по адресу _____,
статус родства _____.

_____ (Ф. И. О. лица, которому выдана настоящая доверенность)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(число, месяц, год)

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

Зарегистрированный по адресу _____,
статус родства _____ представлять мои интересы в ООО
«МЦ «София» по все вопросам, связанным с заключением и исполнением
договора на оказание платных медицинских услуг в интересах моей (моего)
дочери/сына _____

_____ (Ф. И. О., дата рождения, адрес места жительства ребенка)

Настоящей доверенностью уполномочиваю _____

_____ (Ф. И. О. представителя)

заключать от моего имени в интересах моей (моего) дочери/сына договор на оказание платных медицинских услуг, давать согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных моей (моего) дочери/сына, оплачивать медицинские услуги, подписывать договор на оказание платных медицинских услуг моей (моему) дочери/сыну, акты оказанных медицински услуг.

На обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в имеющихся информационных системах Исполнителя, путем фиксации их на материальных носителях, использования блоков первичных учетных документов и унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде) моих персональных данных работниками ООО «МЦ «София» в целях заключения договора оказания платных медицинских услуг моей (моему) дочери/сыну согласен(на). Срок действия согласия соответствует сроку хранения первичных учетных и медицинских документов.

Доверенность выдана без права передоверия сроком на _____
(вписать нужное)

_____ (подпись, инициалы, фамилия родителя)

Дата совершения доверенности _____.

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я _____
(Ф. И. О. лица выдавшего доверенность)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(число, месяц, год)

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

Зарегистрированный по адресу _____,
статус родства _____.

_____ (Ф. И. О. лица, которому выдана настоящая доверенность)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(число, месяц, год)

_____ (наименование органа, выдавшего паспорт)

Зарегистрированный по адресу _____,
статус родства _____ представлять мои интересы в ООО
«МЦ «София» по все вопросам, связанным с заключением и исполнением
договора на оказание платных медицинских услуг в интересах моей (моего)
дочери/сына _____

_____ (Ф. И. О., дата рождения, адрес места жительства ребенка)

Настоящей доверенностью уполномочиваю _____

_____ (Ф. И. О. представителя)

заключать от моего имени в интересах моей (моего) дочери/сына договор на оказание платных медицинских услуг, давать согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных моей (моего) дочери/сына, оплачивать медицинские услуги, подписывать договор на оказание платных медицинских услуг моей (моему) дочери/сыну, акты оказанных медицински услуг.

На обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в имеющихся информационных системах Исполнителя, путем фиксации их на материальных носителях, использования блоков первичных учетных документов и унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде) моих персональных данных работниками ООО «МЦ «София» в целях заключения договора оказания платных медицинских услуг моей (моему) дочери/сыну согласен(на). Срок действия согласия соответствует сроку хранения первичных учетных и медицинских документов.

Доверенность выдана без права передоверия сроком на _____
(вписать нужное)

_____ (подпись, инициалы, фамилия родителя)

Дата совершения доверенности _____.