Директору ООО «Альба-Мед»
Посаженниковой М.В.
от_____

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я _____,
дата рождения_____, доверяю своему сыну (дочери)_____
_____, дата рождения _____, самостоятельно оплачивать стоматологические услуги, оказываемые в вашей клинике.

Дата Подпись