



THƯ ỦY QUYỀN

VỊC KHÁM & ĐIỀU TRỊ BỆNH NHỎ

KHI PHỤ HUYNH VANG MẮT

Họ tên:..... Số CMND / Passport:.....

Mẹ Cha Người giám hộ hợp pháp

đối với Ngày sinh:.....

Con trai Con gái

Sau đây tôi xin xác nhận việc đồng ý cho phép nhân viên y tế của Family Medical Practice thực hiện thăm khám và thực hiện các điều trị y tế cần thiết cho con tôi.

Tôi xin cam đoan đã đọc và hiểu rõ nội dung của Thư ủy quyền này. Tôi xác nhận đã ủy quyền cho ông / bà Số CMND / Passport:
(họ tên người được ủy quyền)

sẽ là người chịu trách nhiệm đưa con tôi tới thăm khám và điều trị tại Family Medical Practice vào ngày/...../ 20.....

Tôi/ Chúng tôi xin xác nhận rằng tôi/chúng tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí liên quan phát sinh trong quá trình khám và điều trị.

Chữ ký: Ngày :
(Mẹ, Cha hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp)

Trong trường hợp khẩn cấp, vui lòng liên hệ tôi qua số điện thoại:.....

hoặc Email:.....