

# THƯ ỦY QUYỀN

## VỀ VIỆC KHÁM & ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI KHI PHỤ HUYNH VẮNG MẶT

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:.....