

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет, в медицинских организациях.

Г. _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____,
(Ф.И.О.)

паспорт серии _____
(серия паспорта)

номер _____, ВЫДАН _____
(номер паспорта) (кем и когда выдан)

_____ (кем и когда выдан)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации)

поручаю _____,
(Ф.И.О.)

паспорт серии _____
(серия паспорта)

номер _____, ВЫДАН _____
(номер паспорта) (кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации)

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка _____
(Ф.И.О.ребенка), _____ года рождения, свидетельство о
(год рождения полностью)

рождении _____, ВЫДАНО _____
(серия и номер документа) (дата выдачи) (кем выдано)

_____, в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи(услуг), а именно:

- 1.Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
- 2.Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
- 3.Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
- 4.Оплачивать лечение из моих или собственных средств.
- 5.Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на _____, без права передоверия.
(от 1 месяца до 1 года)

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____
(ФИО поверенного) (подпись поверенного)

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____