

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

«___» _____ 202_ год

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,

зарегистрированная(ный) _____ по _____ адресу

поручаю _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,

зарегистрирована(ан) _____ по _____ адресу

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка,

_____ дата рождения, свидетельство о рождении _____,

выдано _____ дата выдачи _____

_____ 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, либо 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 один год без права передоверия и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____.