

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет.

г. \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ 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 1 (один) год без права передоверия и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_