

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов ребенка, не достигшего 18 лет, в медицинских организациях

г. _____

« ____ » _____ 202_ г.

Мы, _____ г.р.
(Ф.И.О. законного представителя полностью) паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____

« ____ » _____ г., зарегистрированный по адресу _____, и

_____ г.р.
(Ф.И.О. законного представителя полностью) паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____

_____ « ____ » _____ г.,
зарегистрированная по адресу _____,
доверяю _____

(ФИО доверенного лица полностью) _____ г.р., паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____

_____ « ____ » _____ г.
зарегистрирован (а) по адресу _____

представлять интересы моего ребенка: _____
_____ года рождения,
(ФИО ребёнка полностью) свидетельство о рождении № _____, выдано
« ____ » _____ г., кем выдано _____

представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в ООО
« _____ », в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку, дополнительные соглашения и акты выполненных работ.
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. Подписывать согласие либо отказ от обработки персональных данных.
5. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
6. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме у врачей, так и в виде оригиналов и копий медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана на срок до наступления ребенком 18-ти лет либо на _____ год(а). Доверенность выдана без права передоверия.

Подпись представителя удостоверяю: / _____ / _____ / подпись кому доверяют
расшифровка подписи

Подпись доверителя: / _____ / _____ / Подпись доверителя: /
_____ / _____ /