

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

г. Владивосток

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____, паспорт серии _____
(Ф.И.О.) (серия паспорта)
номер _____, выдан _____
(номер паспорта) (кем и когда выдан)

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

поручаю

_____, паспорт серии _____
(Ф.И.О.) (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, 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 _____ года, без права передоверия.
(от 1 до 5 лет)

Подпись поверенного _____ подтверждаю.
Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

подпись доверителя: _____