

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

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____

паспорт серия _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

поручаю

паспорт серия _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

предоставлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка

_____ года рождения,

свидетельство о рождении _____ выдано _____ года

_____ 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 копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на _____ года без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____