

Доверенность

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

« ____ » _____ 2017 г.

Я, _____

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированная (ый) по адресу _____

поручаю _____

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрирована (ай) по адресу _____

представлять 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 собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на _____ год без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____