

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

_____ «___» _____ 20__ год

Я, _____, удостоверение/паспорт серии _____, номер _____, выдан _____, зарегистрированный (ая) по адресу _____,

поручаю _____, удостоверение/паспорт серии _____, номер _____, выдан _____, зарегистрированный (ая) 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 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.

Подпись поверенного _____ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

_____.

Подпись доверителя: _____.