

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка в медицинских организациях

г. Москва

« _____ » _____ г.

Я, _____
(ФИО и год рождения.)

паспорт серия _____ номер _____

дата выдачи « _____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрирован(на) _____

фактически проживаю _____,

телефон _____ для связи _____, ПОРУЧАЮ _____

_____,

(указать степень родства и ФИО)

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « _____ » _____ г. кем

выдан: _____,

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____,

представлять мои интересы в части сопровождения моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____,

(ФИО, дата рождения)

свидетельство о рождении _____ дата _____, выдано

в ООО «ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ» 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 моего ребенка.
5. Подписывать смету (план лечения).
6. Подписывать уведомление о последствиях лечения и рекомендациях.
7. 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.
8. Совершать иные действия, связанные с данным поручением.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на год с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____ (ФИО)

Приложение: копия свидетельства о рождении ребенка, подтверждающего родственные связи доверителя и несовершеннолетнего ребенка.

Личность доверителя подтверждена, настоящая доверенность подписана в присутствии главного врача/ главного врача /заместителя генерального директора по медицинской части:

(подпись главного врача /зам.ген.дир.по мед.части)

(Ф. И. О. главного врача /зам.ген.дир.по мед.части)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)