

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

г. Москва

«_____» _____ 20__ год

Я, _____,

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,

зарегистрированная (ый) по адресу _____,

поручаю _____,

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,

зарегистрирована (ан) 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 _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____.