

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

Г.Калуга « ____ » _____ 2021 год

Я, _____,

Паспорт серия _____, номер _____, выдан _____

Зарегистрированная(ный) по адресу _____

Поручаю

Паспорт серия _____, номер _____, выдан _____

Зарегистрированна(ан) 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 поручения 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 информационные 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 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 _____ год без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия , имя ,отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя _____