

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего гражданина

« _____ » _____ 20 ____ г.

г. Москва

Я, _____,

(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)

" ____ " _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____,

выдан _____ дата _____,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

действующая за своего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

свидетельство о рождении: серия _____ № _____,

выдано _____ дата _____,

уполномочиваю настоящей доверенностью

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)

" ____ " _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____,

выдан _____ дата _____, зарегистрированного по адресу:

выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы во взаимоотношениях с медицинской организацией Общество с ограниченной ответственностью

(наименование медицинской организации полностью, полный адрес)

по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, в частности:

1. подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку, и иные документы;
2. принимать все решения относительно здоровья моего ребенка, в том числе подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
3. оплачивать лечение и иные медицинские услуги;
4. получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копий медицинской документации и выписок из нее.

Настоящая доверенность выдана без права передоверия сроком на один год.

Доверитель: _____ / _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью) (подпись)

Доверенное лицо: _____ / _____
(Ф.И.О. доверенного лица полностью) (подпись)

Заверено _____ / _____
(Ф.И.О. уполномоченного лица полностью) (подпись) М.П.

(уполномоченное лицо медицинской организации ООО « _____ »)