

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

г. Тюмень «_____» _____ 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 _____ (прописью) без права передоверия.

Подпись законного представителя ребенка: _____.

Подпись (Ф.И.О) _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя, отчество лица, подтверждающего доверенность, полностью: _____

_____.

(выделенные желтым цветом строки заполняются представителем медицинской организации)