

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

г. Екатеринбург

« ___ » _____ 2017 год

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная (ный) 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 _____ год без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____.