Доверенность

Я,   
ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего

паспорт \_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия) (номер)

(кем выдан, дата выдачи)

доверяю

(ФИО доверенного лица)

паспорт \_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия) (номер)

(кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с медицинскими организациями по   
поводу лечения/обследования моего ребёнка

(ФИО ребёнка)

Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

(кем выдан, дата выдачи)

в частности:

* подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребёнку;
* принимать все решения относительно здоровья моего ребёнка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
* оплачивать лечение из моих средств;
* получать информацию о здоровье моего ребёнка на приёме врачей̆, в виде оригиналов (копий) медицинской̆ документации и выписок из неё.

Доверенность действительна до

(срок действия доверенности)

ФИО, Подпись

(родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

ФИО Подпись

(доверенного лица)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата