

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего
15 лет.

г.Армавир

« _____ » _____ 20__ год

Я _____

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированный (ая) по адресу _____

поручаю _____

ФИО поверенного

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрирован (а) по адресу _____

представлять интересы моего ребенка:

ФИО ребенка

_____ года рождения, свидетельство о рождении _____,
число/месяц/год № свидетельства

выдано _____ года, _____ кем
число/месяц/год

в частности:

Представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в медицинских организациях любых форм собственности, в частности:

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 _____ месяц без права передоверия.

Подпись _____ подтверждаю _____
ФИО поверенного Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____