

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 18 лет, в
медицинских организациях

г. Калининград

« _____ » _____ 20 ____ год

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированный (ая) по адресу _____

поручаю

_____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированный (ая) 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:

- Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку
- Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства
- Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств
- Оплачивать лечение из моих либо собственных средств
- 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 _____ года без права передоверия.

Подпись проверенного _____ подтверждаю

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя _____