

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

г. Ростов-на-Дону (Таганрог) « _____ » _____ 20 _____ год

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

ФИО поверенного _____
паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____
зарегистрирован (а) по
адресу _____
проживающий (ая) по
адресу _____

представлять интересы моего ребенка:

ФИО ребёнка _____
_____ года рождения, свидетельство о рождении
_____ ,
число\месяц\год № свидетельства
выдано _____ года, _____
число\месяц\год кем выдано

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. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской

Доверенность выдана сроком на _____ месяцев без права передоверия.

ФИО поверенного

Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя:

