

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет в медицинском учреждении

г. Москва

«___» _____ 202_ г.

Я, гр. _____,

«___» _____ года рождения, место рождения: _____

_____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

настоящей доверенностью уполномочиваю

гр. _____

«___» _____ года рождения, место рождения: _____

_____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

зарегистрированного(ую) по адресу: _____

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка, гр. _____

_____, «___» _____ года рождения,

свидетельство о рождении: _____ № _____, выдано _____

_____, дата выдачи «___» _____ года,

зарегистрированного(ую) по адресу: _____

(или)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____, зарегистрированного(ую) по адресу: _____

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.

Настоящая доверенность выдана сроком до «___» _____ 202_ г. **без права передоверия.**

Подпись доверителя _____ / _____ /

(подпись)

ФИО (полностью)

Доверенность оформляется законным представителем на лицо, сопровождающее ребенка младше 18 лет. Доверенность должна быть полностью заполнена. К доверенности должна быть приложена копия паспорта законного представителя.