

Образец доверенности от родителя

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

г. _____ « ____ » _____ 20__ год

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

ПОРУЧАЮ: _____

ФИО поверенного
паспорт серия _____, номер _____, выдан _____
зарегистрирован (а) по адресу _____ проживающий
(ая) по адресу _____ представлять интересы моего
ребенка: _____

ФИО ребенка

_____ год рождения,

документ удостоверяющий личность ребенка:

паспорт серия _____, номер _____, выдан _____
зарегистрирован (а) по адресу _____ проживающий
(ая) по адресу _____

или

свидетельство о рождении _____, число\месяц\год

№ свидетельства выдано _____ 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. 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 _____ без права передоверия.

Подпись ФИО поверенного _____ подтверждаю

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____