

**ДОВЕРЕННОСТЬ ОТ ИМЕНИ РОДИТЕЛЯ НА ДРУГОГО
ВЗРОСЛОГО-СОПРОВОЖДАЮЩЕГО**

ДОВЕРЕННОСТЬ

**на представление интересов законного представителя ребенка, не
достигшего 15 лет, в медицинских организациях**

г. Старая Купавна

« ____ » _____ 2018 г.

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная (ный) по адресу _____
поручаю

_____ ,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрирована (ан) 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:

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 _____ год без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____.