

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

г. Москва «_____» _____ 2020 г.
Я, _____

паспорт серии _____ номер _____, выдан _____
_____зарегис

поручаю _____
паспорт серии _____ номер _____, выдан _____

зарегистрированной (-ому) по адресу _____
представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка, 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 _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя и отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____

Дата