

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____
паспорт серии _____ номер _____ выдан _____

зарегистрированная (ый) по адресу _____

поручаю _____
паспорт серии _____ номер _____ выдан _____

зарегистрированная (ый) по адресу _____

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка
_____, _____ года рождения,
свидетельство о рождении _____ выдано _____ года,

и получения моим ребенком медицинской помощи в клинике ООО
«СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ ПЛЮС», а также:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать все виды информированных согласий на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать справки, выписки, рецепты и иные документы.
6. 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 время действия Договора без
права передоверия и действительна при предъявлении документа
удостоверяющего личность (паспорт)

(подпись доверителя)

(расшифровка подписи)

(подпись поверенного)

(расшифровка подписи)