

# ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя несовершеннолетнего ребёнка в медицинской организации

г. Владимир

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года, код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, зарегистрированная (ый) по адресу: \_\_\_\_\_, поручаю \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года, код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, зарегистрированной (ому) по адресу: \_\_\_\_\_, выполнять полномочия законного представителя моего ребенка \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. и представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Мама и Я», находящемся по адресу: г. Владимир, ул. Ставровская, д. 1 по всем вопросам, связанным с получением моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

- ✓ подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
- ✓ принимать все решения относительно здоровья моего ребёнка по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств, подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, вакцинацию, отказы от медицинских вмешательств;
- ✓ оплачивать лечение из моих средств или собственных средств;
- ✓ получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья моего ребенка как на приеме врачей, так и в виде медицинской документации (копий медицинской документации/выписок из медицинской документации);
- ✓ получать справки, рецепты и иные документы.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ без права передоверия и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность.

Подпись родителя/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.