Главному врачу
Шубину Сергею Викторовичу

Доверенность на представление интересов законного представителя ребенка
в медицинских организациях

Я, _____
(ФИО полностью)
_____ (число/месяц/год рождения), контактный телефон _____

паспорт серии_____, номер_____, выдан (кем и когда)_____-

_____

зарегистрированная(-ый) по адресу _____

_____

поручаю _____
(ФИО поверенного полностью)
_____ (число/месяц/год рождения), контактный телефон _____

паспорт серии_____, номер_____, выдан (кем и когда)_____-

_____

зарегистрированной(-ому) по адресу _____

_____

представлять интересы моего ребенка _____
(ФИО ребенка полностью)
_____, _____ (число/месяц/год рождения)

Для детей 0-14 лет:

свидетельство о рождении №_____, выдано «___» _____ _____года,

_____
(кем выдано)

Для детей 14-18 лет:

паспорт серии_____, номер_____, выдан (кем и когда)_____-

_____

зарегистрированной(-ому) по адресу _____

_____

Представлять интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в медицинских организациях, 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 _____ (указать срок).

Поверенный: _____ (подпись) / _____ (ФИО полностью), подтверждаю.

Доверитель: _____ (подпись) / _____ (ФИО полностью), подтверждаю.

Дата: «___» _____ г.

Доверенность составлена в 2-х экземплярах.
Паспортные данные верны. Медицинский регистратор: _____(подпись) / _____ (ФИО).

М.П.