

ДОВЕРЕННОСТЬ

на сопровождение и представление интересов законного представителя
несовершеннолетнего лица, не достигшего 15 лет, в медицинской
организации

В соответствии со статьями 28, 185 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Я, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированная (ый) по адресу _____
доверяю _____

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированная (ый) по адресу _____
представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка в
АО «ЛДЦ Иммунологии и Аллергологии»

_____ года рождения, свидетельство о рождении _____
выдано _____ года, _____
в медицинской организации _____

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 медицинское
вмешательства.

3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских
вмешательств.

4. Оплачивать медицинские услуги 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 _____ (до трех лет) без права
передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Подпись доверителя _____.