

ДОВЕРЕННОСТЬ

« _____ » _____ г. Г. _____

Я, _____ (ФИО полностью) _____ г.р. паспорт
серия _____ номер _____ дата выдачи « _____ » _____ г. кем выдан:

зарегистрирован(на) _____,

доверяю

гр. _____ (ФИО полностью), _____ г.р. паспорт серия
_____ номер _____ дата выдачи « _____ » _____ г. кем
выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

быть представителем и сопровождать моего несовершеннолетнего
ребенка _____ (ФИО, дата рождения)

в любых медицинских организациях и учреждениях, для чего предоставляю право получать и предоставлять любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка, получать справки, выписки, рецепты и иные документы, знакомиться с медицинской документацией, самостоятельно принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств, подписывать договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку, оплачивать лечение, подписывать все виды информированных добровольных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию или отказ от них, согласие на обработку персональных данных и совершать иные необходимые действия в качестве представителя в процессе оказания медицинской помощи несовершеннолетнему.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на 1 (один) год.

Подпись доверителя _____ (ФИО)

Дата: