

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

г.Чебоксары

« ____ » _____ 2022 год

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

зарегистрированная (ный) по адресу _____

поручаю _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированная (ный) по адресу _____

представлять мои интересы в части сопровождения ребенка,

« ____ » _____ года рождения, свидетельство о рождении _____,

выдано « ____ » _____ года, _____

в медицинских организациях любых форм собственности 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 медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих 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 _____ год(лет) без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____