

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

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_,

поручаю

\_\_\_\_\_ паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

представлять мои интересы в части сопровождения моего 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 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 \_\_\_\_\_ года без права передоверия.

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

\_\_\_\_\_.

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.