



ДОВЕРЕННОСТЬ

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

г. Барнаул

« _____ » _____ 20__ год

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная (ый) по адресу _____,
поручаю _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрирована (ан) 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 _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: _____
_____.

Подпись доверителя: _____.