

## ДОВЕРЕННОСТЬ

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

г. Владивосток

« 01 » января 2019 год

Я, Фамилия Имя Отчество (при наличии), паспорт серии 00 00, номер 000 000, выдан Отделом УФМС России по Приморскому краю зарегистрированный (ая) по адресу г. Владивосток, ул. Ленина, дом 1, кв. 1 (Доверитель) поручаю

Фамилия Имя Отчество (при наличии) паспорт серии 00 00 номер 000 000 выдан Отделом УФМС России по Приморскому краю, зарегистрированный (ая) по адресу г. Владивосток, ул. Сталина дом 1, кв. 1 (Поверенный) представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка

Фамилия Имя Отчество (при наличии) 2010 года рождения, свидетельство о рождении АВ№ИИ - 00000 выдано 00.00.2010 года ЗАГСом г. Владивостока по Ленинскому району 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 пять лет без права передоверия.

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

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_.

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.