

Приложение

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

г. Москва

« 14 » июня 2017 год

Я, Степанян Татьяна Михайловна, паспорт серии 4607, номер 641043,
выдан ОВД района Бирюлево Восточное г. Москвы,
зарегистрированный (ая) по адресу ул. Загорьевская, д. 23, к. 1, кв. 357,

поручаю

Сигаевой Нине Константиновне, паспорт серии 4509, номер 802678,
выдан ОВД района Чертаново Северное г. Москвы, зарегистрированный
(ая) по адресу Сумской проезд, д. 2, к. 1, кв. 457,

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка

Степаняна Степана Степановича, 08.02.2010 года рождения, свидетельство о рождении И-АГ № 179857, выдано 18.02.2010 года Чертановским отделом ЗАГС г. Москвы, 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.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

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 три года без права передоверия.

Подпись поверенного  подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Степанян Татьяна Михайловна.

Подпись доверителя: .