ДОВЕРЕННОСТЬ  
на представление интересов в медицинских организациях

г. Владивосток « \_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт гражданина Российской Федерации | Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года |
| Зарегистрированный по адресу |  |
| УПОЛНОМАЧИВАЮ | |
| ФИО |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт гражданина Российской Федерации | Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года |
| Зарегистрированный по адресу |  |

Представлять мои интересы в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения медицинской помощи (услуг), в том числе, но не ограничиваясь:

1. Заключать от моего имени договор на оказание медицинских услуг.
2. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
3. Получать полную и достоверную информацию о состоянии моего здоровья, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.
4. Обращаться с моими медицинскими документами за получением консультаций в том числе и письменных.

Доверенность выдана сроком на 3 (три) года без права передоверия.

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

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

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_