

Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр
ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего
15 лет, в медицинских организациях

г. Ставрополь

«.....».....20.....год

Я,

паспорт серии....., номер....., Выдан.....

зарегистрированный (ая) по адресу

поручаю

.....
ФИО поверенного

паспорт серии....., номер....., Выдан.....

.....

зарегистрирован (а) по адресу.....

.....

представлять интересы моего ребенка:

.....
ФИО ребёнка

.....года рождения, свидетельство о рождении.....,
число\месяц\год № свидетельства

Выдано.....года,
число\месяц\год кем

в частности:

Представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в медицинских организациях любых форм собственности, в частности:

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 _____ месяц без права передоверия.

Подпись..... подтверждаю.....
ФИО поверенного Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

.....

Подпись доверителя:.....