

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
**на представление интересов родителя (законного представителя) ребенка,**  
**в медицинских организациях**

г. Ставрополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

номер контактного телефона (обязательно): \_\_\_\_\_

**поручаю** \_\_\_\_\_  
ФИО представителя

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_

**представлять мои интересы по поводу получения медицинской помощи и услуг в медицинских организациях любых форм собственности моим ребенком**

\_\_\_\_\_

ФИО ребёнка

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

выдано \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
число\месяц\год кем выдано

**или**

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_

**с правом:**

- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства;
- подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств;
- оплачивать медицинские услуги из моих либо собственных средств;
- 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 **до** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. включительно без права передоверия.

Подпись \_\_\_\_\_ подтверждаю: \_\_\_\_\_  
ФИО представителя подпись представителя

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

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_