

## ДОВЕРЕННОСТЬ

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

г. Киров

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированная (ый) по адресу \_\_\_\_\_,  
поручаю \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрирована (ан) по адресу \_\_\_\_\_,  
представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении \_\_\_\_\_,  
выдано \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ без права передоверия.

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

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

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.