

Доверенность

на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет

г. Ижевск

«___»_____2020г.

Я, _____

(Ф.И.О. законного представителя полностью,

дата рождения)

паспорт серии _____ № _____, кем выдан _____

дата выдачи _____, контактный телефон _____

проживающий(ая) по адресу: _____,

являясь законным представителем (мать / отец / опекун) несовершеннолетнего:

ФИО ребенка _____ дата рождения _____

свидетельство о рождении _____, выдано _____

(дата выдачи и кем выдано)

Или паспорт серии _____ № _____, дата выдачи _____,

кем выдан _____

проживающий(ая) по адресу: _____

Поручаю и доверяю _____

(Ф.И.О. доверенного лица полностью,

дата рождения)

паспорт серии _____ № _____, дата выдачи _____, кем выдан _____

проживающий(ая) по адресу: _____

Представлять мои интересы в части сопровождения и получения моим ребенком медицинской помощи (услуг) в медицинской организации ООО Детская стоматологическая поликлиника «Центральная», а именно:

1. Сопровождать моего ребенка на прием к врачу.
2. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
3. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
4. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
5. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств доверенного лица.
6. 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 один год без права передоверия.

ФИО доверенного лица полностью _____

и Подпись _____

Подтверждаю ФИО доверителя полностью _____

и Подпись _____