

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет, в медицинском центре ООО «Никита и Ко» («Чудо Доктор»)

г. Москва

«__» _____ 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, _____
_____ (ФИО),
_____ года рождения, свидетельство о рождении _____,
выдано «__» _____ 20__ года, в ООО «Никита и Ко» (медицинский центр «Чудо
Доктор») по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
3. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.
4. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
5. Оплачивать лечение ребенка.
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 без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____.
Фамилия, имя отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____.