

## ДОВЕРЕННОСТЬ

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_,

ДОВЕРЯЮ \_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

Сопроводять моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

в лечебные учреждения г. \_\_\_\_\_, а также:

- подписывать от моего имени договора на оказание медицинских услуг моему ребенку,
- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы.
- принимать решения по вопросам медицинских обследований.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком \_\_\_\_\_ с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата \_\_\_\_\_