ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка,

не достигшего 15 лет, в медицинской организации.

г.Кемерово « »…….……………………20….год

Я……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Паспорт серии………………….,номер………………………….,выдан………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

поручаю………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (ФИО поверенного)

паспорт серии……………….,номер………………………….,выдан…………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

зарегистрирован (а) по адресу……………………………………………………………………………………………………

представлять интересы моего ребенка

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (ФИО ребенка)

…………………………года рождения, свидетельство о рождении…………………………………………………..

Число/месяц/год № свидетельства

Выдано (когда,кем)……………………………………………………………………………………………………………………..

в частности:

 Представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в медицинских организациях любых форм собственности, в частности:

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.

1. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
2. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
3. 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.

Подпись………………………………………………………………………………………подтверждаю………………………………………………..

 ФИО поверенного Подпись поверенного

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Подпись доверителя…………………….........................

Согласие законного представителя на заключение договора

на оказание медицинских услуг несовершеннолетнему в возрасте от 14 до 18 лет.

г.Кемерово « »………………………20…..г.

Я……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Паспорт серии………………….,номер………………………….,выдан………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

законный представитель несовершеннолетнего……………………………………………………………………….

ФИО несовершеннолетнего, дата рождения

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

на основании свидетельства о рождении, серия……………………………..№…………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (кем и когда выдано)

даю согласие на заключение договора на оказание платных медицинских услуг в медицинском

 учреждении моему сыну /дочери.

 Подпись доверителя…………………….........................