

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
на представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет, в медицинских  
организациях

г. Миас « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_

—  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

зарегистрированный (ая) по адресу

\_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

**ПОРУЧАЮ:**

\_\_\_\_\_

ФИО поверенного

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

зарегистрирован (а) по

адресу \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по

адресу \_\_\_\_\_

представлять интересы моего ребенка:

\_\_\_\_\_

ФИО ребёнка

\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении

\_\_\_\_\_ /  
число\месяц\год № свидетельства

выдано \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_

число\месяц\год кем выдано

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.
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 \_\_\_\_\_ месяц без права передоверия.

Подпись \_\_\_\_\_ подтверждаю

\_\_\_\_\_  
ФИО поверенного Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

\_\_\_\_\_

—

Подпись доверителя:

\_\_\_\_\_