

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

г. Красноярск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_

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

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_

Поручаю \_\_\_\_\_,  
ФИО поверенного

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

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_

представлять интересы моего ребенка: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения,

свидетельство о рождении \_\_\_\_\_,  
число\месяц\год № свидетельства

выдано \_\_\_\_\_ года,

число\месяц\год 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.
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 один год без права передоверия.

Подпись \_\_\_\_\_

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

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_