

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Иваново

«__» _____ 20__ года

Я, _____ (ФИО)
_____ года рождения, паспорт серия _____ номер _____ выдан
«__» _____ года _____
_____ (указать орган, выдавший документ), _____
зарегистрирован(на) по адресу: _____
фактически проживаю по адресу: _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ (ФИО)
_____ года рождения, паспорт серия _____ номер _____ выдан
«__» _____ года _____
_____ (указать орган, выдавший документ), _____
зарегистрированному(ной) по адресу: _____
фактически проживающему(ей) по адресу: _____,

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____
_____ (ФИО, дата рождения),
свидетельство о рождении _____ выдано _____
_____ (указать орган, выдавший документ) «__» _____
года **в любые лечебные учреждения и медицинские организации всех форм собственности в городе Иваново по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:**

- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку,
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка, в том числе по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств,
- подписывать все виды добровольных информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию,
- принимать и подписывать решения об отказе от медицинских вмешательств,
- оплачивать лечение из моих либо собственных средств,
- получать любую, полную и достоверную информацию относительно состояния здоровья моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее,
- получать справки, рецепты и иные документы.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий иным лицам сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____ (ФИО)