



## Доверенность

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

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ г.р.

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_\_ » г.

кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_

ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ г.

кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

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

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства
- подписывать все виды документов, связанных с лечением моего ребенка, в том числе договор на оказание платных медицинских услуг

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на \_\_\_\_\_

с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Документ проверил \_\_\_\_\_ (ФИО и подпись сотрудника клиники)