

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представительство интересов несовершеннолетнего гражданина

Я, _____,

(ФИО родителя/законного представителя)

паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем выдан, дата выдачи) _____

зарегистрированный (-ая) по адресу _____

(адрес полностью)

действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____

(ФИО полностью, дата рождения)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

(ФИО няни, бабушки, дедушки, тети, дяди, и пр.)

паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем выдан, дата выдачи) _____

зарегистрированного (-ую) по адресу _____

(адрес полностью)

выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы во взаимоотношениях с медицинским центром ООО «РДЦ Саранск», расположенного по адресу: г. Саранск, ул. 60 лет Октября д. 6

по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, в частности:

- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;
- оплачивать лечение из моих средств;
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копии медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность действительна до _____ без права передоверия

(срок действия доверенности)

Подпись родителя/законного представителя _____ / _____ /

Подпись доверенного лица _____ / _____ /

Дата _____