



ООО «Медицинский центр СитиМед»Россия,
424006, Республика Марий Эл,
г. Йошкар-Ола, ул. Карла Маркса, д. 140
Тел. +7 (8362) 38-40-54
www.mccitymed.ru
Лицензия № Л041-01131-12/00323497
от 24.12.2020

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 18 лет,
в медицинской организации

г. Йошкар-Ола

«___» _____ 20___ г.

Я, _____

Фамилия, Имя, Отчество

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

поручаю

Фамилия, Имя, Отчество

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка

Фамилия, Имя, Отчество

«___» _____ года рождения, свидетельство о рождении серии _____ № _____, выдано «___» _____ года

_____ в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

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 и обработку персональных данных.
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 копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на _____ года без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю.

Доверитель _____

Фамилия, Имя, Отчество

Подпись доверителя _____