

Доверенность

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

г. Томск

« _____ » _____ 20 _____

Я, _____

(фио полностью)

паспорт серии _____, номер _____, выдан

(когда, кем)

зарегистрирован(а) по адресу _____

поручаю _____

(фио полностью)

паспорт серии _____, номер _____, выдан

(когда, кем)

зарегистрирован(а) по адресу _____

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка

(фио полностью)

в областном государственном автономном учреждении здравоохранения «Областная детская больница» по поводу получения моим ребенком медицинской помощи, а именно:

- 1) принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства;
- 2) подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств;
- 3) получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребёнка на приеме врачей, в стационаре, в виде копии медицинской документации и выписок из нее;
- 4) подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
- 5) оплачивать лечение из моих либо собственных средств.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____