**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов законного представителя ребенка,**

**не достигшего 15 лет, в медицинских организациях**

**г. Кострома «……….» ………………… ……. 20 года**

Я, ………………………………………………………………………………………………………………………………………….….,

паспорт серии ……………….., номер …………………….………, выдан …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

зарегистрированный (ая) по адресу ……………………………………..………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...,

поручаю

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...,

ФИО поверенного

паспорт серии ……………….., номер …………………….………, выдан …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

зарегистрирован (а) по адресу ……………………………………..………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...,

представлять интересы моего ребенка:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...,

ФИО ребенка

…………………….…года рождения, свидетельство о рождении ………………………………………………….,

число\месяц\год № свидетельства

выдано …………………………года, ……………………………………………………………………………………..……………

число\месяц\год кем

в частности:

Представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в

медицинских организациях любых форм собственности, в частности:

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.

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 копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия.

Подпись ………………………………………………………………………………………… подтверждаю ……………………………….

ФИО поверенного Подпись поверенного

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Подпись доверителя: ………………………………………………………………………………………