

## ДОВЕРЕННОСТЬ

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

г. Ульяновск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
зарегистрированная (ный) по адресу \_\_\_\_\_,

поручаю \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
зарегистрирована (ан) по адресу \_\_\_\_\_,  
предоставлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка,

\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении \_\_\_\_\_, 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 добровольное 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 поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.