

ДОВЕРЕННОСТЬ

« _____ » _____ Г

Я, _____ (ФИО
полностью) _____ г.р. паспорт серия _____ номер
_____ дата выдачи « _____ » _____ Г. кем выдан:

зарегистрирован(на) _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ (ФИО полностью),
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « _____ » _____ Г.
кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____
_____ (ФИО, дата рождения)

в лечебные учреждения г. Москвы и Московской области, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств
- подписывать от моего имени договор на оказание услуг моему ребенку,
- оплачивать лечение из моих средств
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____ ФИО _____

Дата _____