

## 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 \_\_\_\_\_