

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Нижний Новгород

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. одного из родителей ребёнка)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

телефон \_\_\_\_\_,

доверяю \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. доверенного лица)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

телефон \_\_\_\_\_

представлять интересы моего ребенка/моих детей

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в медицинском центре ООО «\_\_\_\_\_», ООО «\_\_\_\_\_», в том числе нести ответственность за действия ребенка в медицинском центре, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе карту опроса, анкету о состоянии здоровья, договор на оказание платных медицинских услуг, дополнительные соглашения к нему, план лечения, информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него, информированное согласие на оперативное вмешательство или отказ от него, гарантийный талон, акт оказанных услуг, оплачивать данные услуги, а также выполнять все иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Доверенность действует в течение 3 (трех) лет с момента ее совершения.

Доверенность выдана без права передоверия.

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись родителя ребёнка)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Документы проверил \_\_\_\_\_

(подпись администратора)