

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Обнинск

« » 20__ года

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная(ый) по адресу: _____,
действуя за своего ребёнка _____,
«__» _____ года рождения, свидетельство о рождении _____
выдано «__» _____ года,

настоящей доверенностью уполномочиваю следующих лиц:

1. _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная(ый) по адресу: _____;

2. _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная(ый) по адресу: _____;

3. _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированная(ый) по адресу: _____

представлять интересы моего ребёнка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в ООО СЦ «Детский Жемчуг», в том числе нести ответственность за действия ребёнка в клинике, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребёнка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать договор на оказание медицинских услуг и приложения к нему, анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия, добровольный отказ от лечения, иные юридические и медицинские документы, оплачивать лечение из моих либо собственных средств, принимать решение о том или ином методе лечения, если они являются альтернативными, получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребёнка как на приёме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из неё, а также выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на 3 (три) года.

фамилия, имя отчество доверителя,

подпись